Voor een betere Gezondheidspolitiek

ten voordele van

Onze Bejaarden

NATIONALE STICHTING VOOR BEJAARDENZORG
Molièrelaan, 195, 1060 Brussel. — Tel. : 43.37.74 — C.C.P. : 288.70

Z
367

RvZ
2055

Dr. R. J. VAN ZONNEVELD
Laan van Oud Poelgeest 4
2341 NJ OEGSTGEEST

VOOR EEN BETERE GEZONDHEIDSPOLITIEK

TEN VOORDELE VAN

ONZE BEJAARDEN

Nederlands Instituut
voor Gerontologie
Informatie-& documentatiecentrum
Kaap Hoorndreef 72
3563 AW Utrecht
Z1867

NATIONALE STICHTING VOOR BEJAARDENZORG
inrichting van openbaar nut, te Brussel
erkend door Koninklijk Besluit van 14 april 1960

UITTREKSEL UIT DE STATUTEN

Artikel één. — De « Nationale Stichting voor Bejaardenzorg » heeft tot doel op alle gebieden de passende middelen tot verbetering van de toestand der bejaarde personen te coördineren en uit te breiden.

Art. 2. — Te dien einde mag zij namelijk :

a) hetzij op eigen initiatief, hetzij op aanvraag van de openbare machten of van openbare of private instellingen de door de bejaardenzorg gestelde problemen bestuderen;

b) Contacten en gedachtenwisselingen tussen de openbare en private organismen en de inzake bejaardenzorg bevoegde personaliteiten inrichten en onderhouden;

c) de werken, instellingen en andere organismen die uitsluitend of hoofdzakelijk tot welzijn van de ouderlingen opgericht zijn, voorlichten, raadgeving en eventueel geldelijke steun verlenen. Deze tussenkomsten kunnen ondergeschikt zijn aan het naleven van de algemene leidraad, die de stichting, onverminderd de algehele autonomie van bovenbedoelde organismen, kan aangeven met het oog op de verbetering van hun activiteiten;

d) de actie der werken, instellingen en organismen, die uitsluidend en hoofdzakelijk tot welzijn van de ouderlingen bestemd zijn, bevorderen of aanvullen, hetzij door hen sommige verwezenlijkingen te suggereren, tenzij door aan te zetten tot oprichting van tot welzijn der ouderlingen onmisbare werken en diensten, zonder dat dit mag berokkenen aan de bestaande werken en diensten met hetzelfde doel. De stichting zal zich ervan onthouden zelf werken of diensten op te richten, te besturen of te beheren.

Nationale Stichting voor Bejaardenzorg
Raad van Beheer

Dr. J. CLERENS, Voorzitter;

Mr. J. NIHON, Ondervoorzitter;

Dr. J. DAEMS, Ondervoorzitter;

Mr. Em. VAES, Penningmeester;

Mevr. D. HERINKX, Sekretaresse;

Mej. N. BRABANT;

Mr. M.L. COURTOY;

Mej. S. de NAVE;

Mr. J. DOHET;

Mr. J. HARTS;

Mr. M. HERMAN en zijn Adjunct Mr. MEURRENS;

Mr. G. HULLEBROECK;

Mr. Th. JORIS;

Mr. E. LAMBOTTE;

Mr. H. MICHELLI en zijn Adjunct Mr. R. DUBUCQ;

Mr. J. MICHIELS;

Mr. R. NACHEZ;

Dr. Raym. NOEL;

Mej. I. d'OUTREPONT;

Mr. P. PHILIPPSON;

Mr. G.H. SCHOUTEN;

Mr. J. SELVAIS;

Mr. M.J. SIMON;

Mr. M. VAN DOOSSELAERE en zijn Adjunct Mr. VAN DOOREN;

Mr. J.M. VROMANS;

Mej. G. WIELEMANS;

Mr. K. ZEILINGER.

Deze brochure kon uitgegeven worden

dank zij de financiële steun van het

PROVINCIAAL BESTUUR VAN BRABANT

alsook van de volgende Maatschappijen :

N.V. CHRISTIAENS

PHILIPS ELECTROLOGICA

GENERALE BANKMAATSCHAPPIJ

U.C.B. - CHEMISCHE BEDRIJVEN.

INLEIDING

door J. Nihon,

Ondervoorzitter van de N.S.B.

In 1971 heeft de Nationale Stichting voor Bejaardenzorg het bilan voorgesteld van haar verschillende studiegroepen in een brochure « Studies en Rapporten », gepubliceerd in *Belgische Archieven van sociale Geneeskunde, Hygiëne, Arbeidsgeneeskunde en Gerechtelijke Geneeskunde.*

Volgende onderwerpen werden hierbij behandeld :

— een inleiding tot de bejaardenproblemen;
— volgende medico-sociale problemen : geriatrie en revalidatie, de bestaansredenen van paramedici in geriatrie, de sociale dienst in functie van de derde leeftijd;
— een inleiding tot de studie van de arbeidsverlening aan bejaarden;
— de arbeid van de op-rust-gestelden;
— de vrijetijdsbesteding van de bejaarden.

Haar inspanning voortzettend, heeft de Nationale Stichting voor Bejaardenzorg vastgesteld dat, niettegenstaande de biologische navorsingen, de talrijke studies op gebied van de gerontologie, de vooruitgang van de geneeskunde — en meer in het bijzonder van de geriatrie — de derde leeftijd tot nogtoe niet genoten heeft van al de rationele oplossingen die haar talrijke problemen stellen aan de maatschappij.

Sedert vele jaren heeft de wetgever, om vlug een eerste oplossing te geven, een Algemene Spaar- en Lijfrentenkas opgericht en heeft in elke gemeente verplicht een Commissie van Openbare Onderstand in het leven te roepen, waarbij het gemeentebestuur in de verplichting gesteld werd de behoeftigen te helpen en instituten te voorzien waar verzorging en maaltijden verleend werden. Onder de druk van een sociale aktie, ontstonden de wetten voor ouderdomspensioenen.

Ondertussen heeft de wetenschappelijke en technische vooruitgang, die meteen de sociale en economische evolutie beïnvloedt, onze werk- en levensvoorwaarden gewijzigd, zij hebben een verlenging van de verplichte schooltijd veroorzaakt, salaris- en weddeverhogingen, een vermindering van de arbeidsduur, een grotere verzekering van de levensvoorwaarden, een verhoging van de levensstandaard en een verlenging van de gemiddelde levensduur van onze medeburgers.

Aan dit laatste feit willen wij vooral onze aandacht wijden. Volgens de statistische gegevens van de Openbare Gezondheid (jaar 1969), was de gemiddelde levensduur, op het ogenblik van de dood, in 1968 : 66 jaar en 9 maanden voor de mannen (in vergelijking met 66 jaar en 1 maand in 1967); 71 jaar en 8 maanden voor de vrouwen (in vergelijking met 71 jaar in 1967); en 69 jaar voor het totaal van de twee geslachten (in vergelijking met 68 jaar en 5 maanden in 1967). In vergelijking met 1900, is de gemiddelde levensduur praktisch verdubbeld.

In 1969 telde men 1.272.108 Belgen van 65 jaar en ouder. Hetzelfde jaar telde men 1.040.891 vrouwen en 523.030 mannen die de leeftijd van de wettelijke op-rust-stelling bereikt hadden, hetzij 60 jaar voor de vrouwen en 65 jaar voor de mannen. Het totaal van deze beide groepen bereikt 1.563.871 op-rust-gestelden, dit wil zeggen 1/6 van de bevolking.

Een andere vaststelling : de vrouwen leven langer dan de mannen. In 1969 telt men 47.044 vrouwen boven de 85 jaar en slechts 25.620 mannen.

Na deze vaststelling, moet men rekening houden met andere verschillen om kunnen te oordelen over de specifieke bejaardenpro-

blemen. Men weet dat ieder mens zich van de anderen onderscheidt door zijn fysiologische en psychologische leeftijd. Ieder mens wordt gekenmerkt door de toestand van zijn aders, door zijn karakter, zijn verstand, het beroep dat hij uitgeoefend heeft, zijn levensmilieu, de betekenis die hij aan het leven gegeven heeft en tenslotte door de verschillende levensomstandigheden die zijn levensloop beïnvloed hebben.

Ieder individu die de derde leeftijd bereikt, kent deze moeilijkheden en ondergaat, de ene vroeger, de andere later, de trage aftakeling van het ouder-worden. Zo kan, met de tijd, iedereen een evolutie kennen die zich uit door functionele of andere wijzigingen en die hem tot veroudering en uiteindelijk tot sensibiliteit leiden.

Het is bijgevolg in functie van de weg die leidt tot een onherroepelijk einde dat men de situaties waarmee de bejaarden af te rekenen hebben, moet tegenwerken. Een eerste vaststelling : vele bejaarden lijden niet onder deze evolutie, zij gelukken erin ouder te worden. Maar er zijn al de anderen die te kampen hebben met een gemis aan financiële uitkomsten, met de gevolgen van een vroegtijdig verslijten door de arbeid, met woningsvoorwaarden die niet aangepast zijn aan hun fysische toestand, met één of andere zware ziekte, met de morele afsloving veroorzaakt door een breuk met de familie of met een vereenzaming die aangevoeld wordt als een verlatenheid ook met het gevoel van ongenade die ontstaat bij zekere bejaarden die zich niet nuttig meer voelen voor de maatschappij.

Ten einde deze moeilijkheden tegemoet te komen, hebben de openbare en private onderstand, alsook de onderlinge bijstand zich stilaan uitgebreid en hebben noodzakelijke en gelukkige tussenkomsten verzekerd. De meest-benadeelden sterven niet meer van honger. Het recht op een minimum-pensioen is verzekerd, de verzekering tegen ziekte en invaliditeit verleent meestal haar diensten en een deelname aan een georganiseerde vrijetijdsbesteding veralgemeent zich, vooral door een beantwoording aan diensten vereist door het sociaal toerisme.

Voor de op-rust-gestelden blijft er echter een vermindering van hun financiële inkomsten als gevolg van de op-rust-stelling bestaan en velen onder hen ondergaan het feit van niet meer werken en zich sociaal nutteloos te voelen, als een gevoel van onwaardigheid. Anderen kunnen niet meer alleen in hun gewoon levensmilieu blijven leven en moeten hun intrek nemen in een inrichting (hospitaal, gezondheidscentrum, bejaardentehuis). Men weet dat op dit gebied niet alles perfekt is en dat pogingen, aangemoedigd door de Staat, gedaan worden om de toestand te verbeteren.

In de 1.139 bejaardentehuizen die geteld werden in 1969 (waarbij de 376 die onder toezicht staan van de openbare instanties, 27.000 bedden telden, en 943 andere met 33.000 bedden die aan privaat-eigendom toebehoren) wonen ongeveer 14.200 minder-validen en 45.800 validen en semi-validen. Bovendien werden in de hospitalen verschillende duizende bedden bezet door chronisch zieken bejaarden. In verhouding met het totaal aantal gepensionneerden mag men bijgevolg vaststellen dat op dat ogenblik iets meer dan 4 % in bejaardentehuizen leefden in plaats van in gezondheidscentra die beter aangepast zijn aan hun toestand, hen zeker zo goed zouden kunnen verzorgen als in het hospitaal, maar met lagere financiële lasten.

De initiatieven op gebied van sociaal dienstbetoon waarvan wij de bijzonderste uitingen hierboven even aangestipt hebben, zijn in volle uitbreiding en gaan gepaard met tastbare verbeteringen. Maar het zijn meestal de grote steden die over de best georganiseerde sociale diensten beschikken die aan de algemene noden van een belangrijke bevolking voldoen. Natuurlijk blijven er nog talrijke diensten te bewijzen en te organiseren om de noden tegemoet te komen waaraan nog geen oplossing werd gegeven voor de bejaarden die verspreid leven in deze grote stadscentra. En vooral ook, in de andere milieus die minder goed uitgerust zijn.

Ten dien einde moet alles in het werk gesteld worden opdat de bejaarden zich niet zouden gaan vereenzamen : hen in de mate van het mogelijke in hun gewoon levensmilieu laten leven.

Om hierin te slagen, kan men niet genoeg het behoud en de ontwikkeling aanmoedigen van hun familiale- en buurtrelaties, hun woningsvoorwaarden verbeteren door het voeren van een politiek voor sociale woningen, hun deelname aan ontspanningsaktiviteiten bevorderen, hen een doelmatige steun verlenen op gebied van medische verzorging en hulp bij de huishouding, hen de eenzaamheid en de verlatenheid — die de psychische gezondheid kelderen en die een grote invloed hebben op de physische gezondheid — vermijden, informatiemiddelen ter hunner beschikking stellen, diensten voor warme maaltijden organiseren die rekening houden met de diëten, voorgeschreven door de geneesheren en ten slotte, meer algemeen, hun financiële inkomsten verbeteren door de verhoging van onvoldoende pensioenen, dit in afwachting dat men zou overgaan tot het toekennen van éénzelfde degelijk pensioen aan ieder Belg bij zijn op-rust-stelling.

Bij al deze situaties, waar de talloze problemen in verband met de derde leeftijd, onopgelost blijven of waarvoor nog te weinig tegemoetkoming is, moet men de bewustwording voor deze noden en een gemeenschappelijke wil om er oplossingen voor te vinden, verwekken.

De Nationale Stichting voor Bejaardenzorg heeft haar medewerking willen bijbrengen bij deze dubbele inzet.

Het is met dit doeleinde dat drie van haar werkgroepen het onderzoek van belangrijke onderwerpen hebben aangepakt. Deze werkgroepen hebben ons volgende rapporten voorgelegd :

— « De integratie van gerontopsychiatrische diensten in de planificatie van de medico-sociale aktie voor de bejaarden » (*).

— « Opmerkingen in verband met het onthaal van de bejaarden die opgenomen worden in verzorgingsinstituten » (*).

— « Problemen in verband met de wetgeving op de rustoorden voor bejaarden. »

Het is met genoegen dat wij U deze rapporten voorstellen.

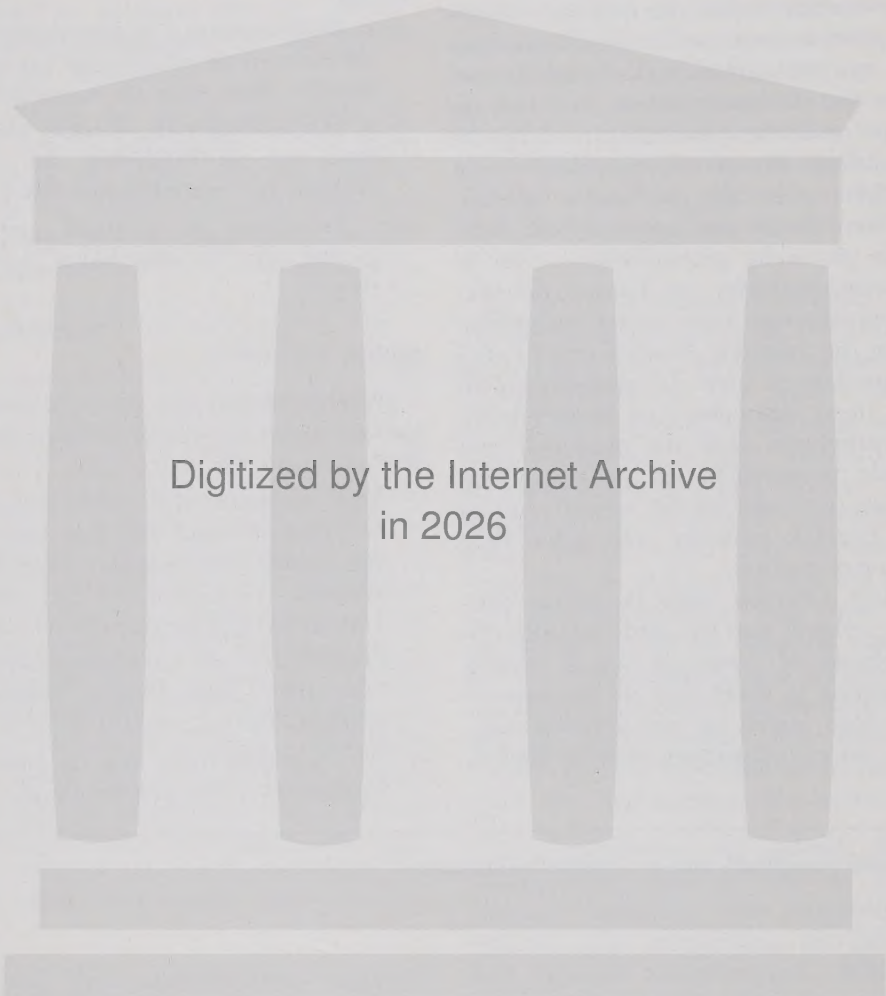
Daarbij voegen we dan nog twee studies en een reportage opgesteld door haar medewerkers, namelijk :

— Een synthesis der werkzaamheden van het Internationaal Congres voor Gerontopsychiatrie, uiteengezet door Dokter J. Clerens, Voorzitter van het Congres en vertegenwoordiger van de N.S.B. (*).

— Organisatie van voorlichtingscentra voor bejaarden, door Dokter Monique Asiel (C.O.O. Brussel en U.L.B.) (*).

— De hulp verstrekt aan de bejaarden te Farciennes : een pilootrealisatie.

(*) Deze studies verschijnen ook in « Bruxelles-Médical ».


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/vooreenbeteregez0000vari_l1j3

HET ONTHAAL IN DE ZIEKENHUIZEN

Beschouwingen over het onthaal in de ziekenhuizen, die bejaarden opnemen.

door J. Nihon,

Voorzitter van de Commissie van de Sociale Dienst van de Nationale Stichting voor Bejaardenzorg.

DE OPRICHTING VAN EEN ONTHAALDIENST IS EEN NOODZAAK.

De vaststelling van de zeer diverse redenen die talrijke bejaarden ertoe brengen zich te laten opnemen in een ziekenhuis of een bejaardentehuis heeft onze Commissie aangespoord om de wijze van dit onthaal te onderzoeken.

Indien de redenen voor milieuverandering goed zijn gekend, valt niettemin te betreuren dat er te weinig aandacht wordt geschonken aan de diepgaande psychologische gevolgen van een losrukken uit de bekende atmosfeer en de verwijzing naar een volledig onbekend leefmilieu.

Er is een breuk bij het verlaten van familie, buren, wijk of gemeente. Er is een gevoel van machteloosheid tegenover het ontwikkelen van een frustrerende handicap op lichamelijk, geestelijk of sociaal gebied. Er is onzekerheid door het opgeven van zovele leefgewoonten, die het bestaan tot dan toe hadden gemakkelijk gemaakt. Er is onrust, ja zelfs angst, ten overstaan van een eventuele misbegrepen opname in het ziekenhuis : Worden aldaar verplichtingen opgelegd? Welke medezieken, misschien niet van dezelfde stand en gewoonten, zal men er ontmoeten? Aan welke overheid, misschien niet begrijpend, zal men zich moeten onderwerpen zonder toevlucht? Ziedaar zoveel pyschologische factoren die men moet ondervangen om de nieuw opgenomen patiënt de onbehaaglijkheid van de eerste ogenblikken vlug te doen vergeten en hem alras aan zijn nieuw leefmilieu te doen gewennen .

Deze bijstand moet worden georganiseerd : men zal een eerste kontakt nemen alvorens de definitieve beslissing tot opname is gevallen. Men zal vooral de menselijke kant van de opname belichten, want het is nodig dat deze personen zo vlug mogelijk het vertrouwen aanvoelen, ja zelfs tevredenheid, welke hun adaptatie ten zeerste zal bevorderen. Men zal hen eveneens anderhands een bezoek brengen, ten einde deze tevredenheid in hun nieuwe status in de hand te werken.

Deze bijstand kan dus logisch worden ontleed in : vooronthaal, onthaal en naonthaal.

Het spreekt van zelf dat het onthaal in een ziekenhuis en in een bejaardentehuis verschillend is. Men wordt in een ziekenhuis opgenomen voor zorgen die de duur van de opname bepalen. Het is bekend dat vele chronische gevallen in heel wat ziekenhuizen de bedden te lang bezet houden; doch dit is te wijten aan het tekort aan bedden voor dergelijke gehandikapten in de bejaardentehuizen zelf.

De opname in een bejaardentehuis is veelal een eindfase van een bestaan, dat worstelt met de vroeger beschreven moeilijkheden. Daar moet de bezorgdheid van een dergelijke dienst zich toespitsen. Daar vooral is een sociale dienst nodig om het vooronthaal en het onthaal te verwezenlijken. Ook in de

ziekenhuizen dringt een dergelijke dienst zich op, maar hun wijze van tussenkomst ligt anders en is ook meer beperkt.

DE ONTGOOCHELENDE WERKELIJKHEID.

Al deze beschouwingen, die de noodzaak beklemtonen van een dienst, die zal moeten opgericht om de bejaarden de milieuverandering dragelijker te maken, tonen ons hoe diep de kloof is tussen theorie en werkelijkheid. Ontvangen inlichtingen, getuigenissen, bedenkingen gemaakt in de schoot van de Commissie van Sociale Dienst, hebben ons doen vaststellen en betreuren :

1) dat de relaties tussen de bejaarden en de opnemende ziekenhuizen zich veelal beperken tot zuivere financiële en administratieve betrekkingen;

2) dat een onthaaldienst ontbreekt in de meeste van onze ziekenhuizen en bejaardentehuizen (een studiethesis van een student van een sociale school heeft uitgemaakt dat één enkel tehuis op de tachtig bezochte over een onthaaldienst beschikte);

3) dat het tekort aan tegemoetkoming ten overstaan van de vrees en angst van zovele bejaarden als zij moeten beslissen hun milieu te verlaten, hetzij voor hospitaal naar bejaardentehuis, of omgekeerd, ten slotte een gewelddaad is gepleegd op hun persoonlijkheid, of minstens een grof tekort aan eerbied voor deze pijnlijke werkelijkheid;

4) dat de inrichting en de bestemming van de daartoe voorziene lokalen beslist niet tot deze bestemming zijn uitgerust;

5) dat de verantwoordelijken van ziekenhuizen en bejaardentehuizen, geen opleiding hebben ontvangen, die hun ertoe zou aanzetten, om morele of andere redenen, een onthaaldienst in te richten;

6) dat het personeel van de inrichtingen, te veel benomen door zijn taak, slechts weinig tijd kan besteden aan het onhaal, en zijn opname in de kortst mogelijke tijd wil zien gebeuren;

7) dat de overplaatsing van ziekenhuis naar bejaardentehuis wordt beslist door geneesheren, ongetwijfeld zeer gewetensvol in de uitoefening van hun beroepspraktijk, die niet altijd de volle aandacht schenken aan de gevolgen van een dergelijke milieuverandering.

POSITIEVE VERWEZENLIJKINGEN.

a) Voorafgaande bemerkingen.

De reeds opgesomde negatieve beschouwingen mogen ons niet uit het oog doen verliezen dat reeds heel wat initiatieven werden genomen, die ten voorbeeld moeten strekken aan anderen.

Ten eerste, wat betreft de familiale relaties van de persoon die zijn leefmilieu moet verlaten, omdat hij niet bij machte is verder alleen te leven of omdat hij getroffen is door een handicap die zorgen eist. In vele gevallen gaat een grote bezorgdheid uit van de familie en naastbestaanden, die inlichtingen verzamelen over de opnaamwijze en de nodige morele steun verstrekken. Deze steun zal van groot belang zijn bij het onthaal in de instelling en zal worden voortgezet onder vorm van bezoeken of brieven. Doch in veel gevallen ontbreekt deze steun, en dan nog meest in die gevallen die er de grootste nood aan hebben.

Ten tweede, vele bejaardentehuizen met zeer kleine capaciteit bezitten vaak aan de directie personen die naast een goed hart ook een goede zakenkennis hebben, die hun ertoe brengt hun residenten goed te onthalen en te behandelen. In vele andere tehuizen echter is de toestand minder gunstig, hetzij door de administratieve dwang, hetzij door een te uitgesproken baatzucht.

Ten derde, men moet een onderscheid maken tussen de noodzakelijke vergoeding die toekomt aan mensen die zich over het lot van die bejaarden ontfermen, en een meedogenloze uitbuiting, die des te meer walgen doet als het gaat om minbedeelde of bejaarden, die zich totaal zelf moeten behelpen. Dat beduidt nu niet dat de begoederde bejaarden niet bloot staan aan dergelijke praktijken. Zeker niet, maar dan gebeurt dit onder de schijn van vriendelijkheid

en behoudzucht van de klant! Het lijdt geen twijfel dat het onthaal van deze meerbedeelde bejaarden beslist veel hartelijker schijnt.

Ten vierde is het een feit dat er diverse redenen bestaan die het aanschijn van het onthaal in ziekenhuizen en bejaardentehuizen kunnen wijzigen. Deze, gesticht door de C.O.O., gaan uit van het princiep van bijstand. Ziekenhuizen gesticht door geneesheren of ziekenbonden vinden hun oorsprong in beoefening van geneeskunde of sociale verbondenheid. Men mag beslist hopen dat de stichting van tehuizen door religieuze gemeenschappen ingegeven is door liefdadige bedoelingen. Partikulieren echter, die een tehuis uitbaten hebben steeds een winstgevende bedoeling. Wat meer is moet men toegeven dat, indien de bedoelingen aan de oorsprong steeds goed omlijnd zijn, dit niet altijd meer zo is, voor zover de exploitatie wordt toevertrouwd. Deze verantwoordelijken moeten beschikken over morele en intellectuele gaven, zin voor organisatie, menselijkheid en gevoel voor leiding van het personeel. Deze factoren zullen natuurlijk het onthaal beïnvloeden.

b) Een modelinrichting.

Men vindt doorgaans een goed ingerichte sociale dienst in de instellingen die door de C.O.O. in het leven worden geroepen. Zo zagen wij in een grote stad een dergelijke dienst waar de sociale assistenten, deel uitmakend van multidisciplinaire werkgroepen, als eersten optreden in het onthaal van de bejaardenkliënteel, en dit in de beste voorwaarden.

Deze sociale dienst is een onderdeel van een ganse medico-sociale structuur, met preventieve en curatieve bedoeling, die hulp en bijstand moet bieden aan de bejaarde in nood. Men moet er diverse sektoren in onderscheiden : een autonoom geriatrisch hospitaal, met psychiatrische vleugel, een tehuis met ziekenafdeling, een bijstandsdienst, een dienst voor huisverzorging, zelfs huishospitalisatie (« home care ») alsmede een raadpleging voor geriatrische polykliniek.

Het geriatrisch hospitaal is het sluitstuk. Daar moet gewaakt worden dat, ofwel men de plaatsing voor een semi-valide of invalide bejaarde kan vermijden door curatieve en preventieve medico-sociale bijstand, ofwel dat men door gezondheidszorg ten huize een hospitialisatie kan vermijden; ofwel, indien deze onafwendbaar is, ze herleiden tot de kortst mogelijke tijd nodig tot revalidatie.

Het geriatrisch hospitaal kan een belangrijke rol vervullen, enerzijds door de vorming en dienstvaardigheid van zijn personeel en anderzijds door het inrichten van een geharmoniseerd dienstbetoon in de diverse sektoren van een stad met verschillende homogene ploegen, onderling onafhankelijk.

In elk van deze ploegen moeten vertegenwoordigd zijn : sociaal assistent, ziekenhuisverpleegster, kinesist, ergotherapeut, bejaardenhelpster en familiehelpster. Voor haar diverse activiteiten beschikt die ploeg over een ambulant medische en paramedische uitrusting. Ze moet eveneens zorg dragen de contacten te onderhouden met de huisarts en met de instellingen, waar de bejaarde verworven rechten heeft (pensioenkas, invaliditeitsuitkering, ziekenbond, enz.).

In elke ploeg is de rol van de sociaal-assistent overwegend. Hij maakt de balans op van het psychologisch en materieel milieu en tracht elke persoon te helpen zijn problemen op te lossen, met alle middelen en technieken waarover hij beschikt.

Onthaalcentrum.

Een medico-sociale dienst die zo goed de bejaarden helpt om hen zo lang mogelijk in hun huiselijke kring te behouden, moet interesse opbrengen voor de speciale problemen van de personen, die plots, op min of meer brutale wijze, naar ziekenhuis of tehuis worden gestuurd. Daarom heeft het geriatrisch hospitaal, dat de draaischijf is van het geheel van de medico-sociale voorzieningen, het onthaalcentrum opgericht, dat een grote rol moet spelen als psychologisch behandelingsmiddel.

Wij beklemtoonden reeds de noodzaak een bejaarde te helpen ontsnappen aan — of minderen, in de mate van het mogelijke — de psychische stoornissen teweeggebracht door de milieuverandering. Daartoe zal de *sociaal assistent*, aan het onthaalcentrum verbonden, de zieke thuis bezoeken vóór zijn vertrek. Door deze kennismaking, zal hij het milieu en de levenswijze bestuderen en zoveel mogelijk inlichtingen inwinnen over de familiale toestand en de gedragslijn van de bejaarde. Daarbij zal hij vertrouwen inboezemen om de vrees voor het aanstaand vertrek te verminderen. Hij zal ook contact nemen met de huisarts en deze laatste in verbinding brengen met de dienstoverste van het ziekenhuis. De bejaarde mag zich niet alleen aanmelden in het ziekenhuis. Dezelfde sociaal assistent, die de eerste contactname deed, met de dienstoverste en de administratieve directie, zal hem vergezellen en brengt aldus ook zijn steentje bij het nasporen van de elementen die oplossing moeten geven aan het probleem : hoe deze patiënt genezen? Hij zal ook de familieband onderhouden en de patiënt doen deelnemen aan gepaste ontspanning. Hij zal ook de readaptatie voorbereiden met het oog op een aanstaande terugkeer naar huis, familie of tehuis. Hij zal de adequate bezorgdheid tonen, wanneer de patiënt het ziekenhuis verlaat. Eens terug thuis zal de bejaarde zijn gewoonten en zijn vriendenkring terugvinden. Doch is de toestand min gunstig dan vindt hij er eenzaamheid en nood aan readaptatie en zorgen. De sociaal assistent zal dan te gepaster tijde tussenkomen om de moeilijkheden te verhelpen, die de genezing dwars zitten, en de patiënt terug vertrouwen schenken.

De overgang ziekenhuis-bejaardentehuis zal aan de sociale dienst andere verplichtingen opleggen. De bejaarde is bang en psychisch gestoord omwille van zijn nakende overplaasting in een hem onbekend milieu. De sociaal assistent zal deze vrees overreden en alle maatregelen nemen om die overplaatsing te behelpen.

Behoort het tehuis aan dezelfde C.O.O. als het ziekenhuis, dan maakt de sociaal assistent de verbinding met het tehuis en vergezelt de op te nemen bejaarde, die hij daartoe heeft voorbereid. Hij stelt deze voor aan de opnamedienst en belooft binnenkort terug te komen, wat hij zeker niet vergeten mag.

Heeft het bejaardentehuis een eigen onthaaldienst, dan zal de aldaar verbonden sociaal assistent, ingelicht door zijn collega van het geriatrisch ziekenhuis, de bejaarde opzoeken in het ziekenhuis en hem inlichten over zijn aanstaand vertrek, de levensomstandigheden die hem wachten in het tehuis. Na die kennismaking, de dag van het vertrek, gaat de sociaal assistent de bejaarde ophalen in het ziekenhuis en hem vergezellen naar het tehuis, waar hij hem helpt in het inrichten van zijn nieuwe levensruimte. Naderhand volgen enkele bezoeken, opdat de bejaarde zich goed zou kunnen inwerken en aldaar een gelukkige levensavond kennen.

Heeft het tehuis geen onthaaldienst, dan wordt die taak overgenomen door de sociaal assistent van het geriatrisch hospitaal, doch wellicht ontmoet men daar organisatorische moeilijkheden en gemis aan morele conditionnering, waarover wij het reeds vroeger hadden.

c) Andere oplossing.

Spijts onze gegronde redenen om bepaalde toestanden te betreuren, moet men toch lof uitbrengen voor bepaalde initiatieven en pogingen.

De verantwoordelijken voor de opname zijn met goede bedoelingen bezield en waarderen de persoonlijkheid van de bejaarde, die zij ontvangen. Maar veelal hebben zij de tijd niet, door de diverse taken die hen worden opgelegd. Zo verdringt het routinewerk deze belangrijke occasionele taak. Gelukkig zijn er nog mensen die kunnen ontsnappen aan dit zenuwslopend automatisme van beheerstaken en dan een degelijke dialoog kunnen verwekken bij onthaal of verblijf in hospitaal en tehuis. Men kan deze geschiktheid enkel aanmoedigen en loven; zij is de waarborg voor een behandeling die de mens eerbiedigt.

Medewerking.

Om die nieuwaangekomen bejaarde te ontvangen en zijn vlugge aanpassing te bespoedigen, kan de directie beroep doen op uitgelezen vrijwillige medewerkers, ongeacht de hulp van zijn personeel. Het zijn eventuele mederesidenten of vrijwilligers op wiens goede wil men beroep doet. Men kan aan een mederesident zelfs het peterschap van de nieuweling geven of zelfs indien hij het aankan, de onthaaldienst laten inrichten, in samenwerking met de directie.

Met vreugde stelt men vast dat men aan vrijwilligers taken van onthaal en peterschap mag toevertrouwen. Ze kunnen eveneens dienstig zijn bij vrije tijdsbesteding. Men moet hen aanmoedigen en ook rekenen op tekortkomingen, die dan kunnen schaden aan de regelmaat en de uitvoering van hun zending. Daarom moet men met voorzichtigheid te werk gaan. Dit geeft een grotere garantie op een positieve uitslag en een grotere waardering ervan.

Deze gunstige resultaten zijn te meer gewaarborgd als men de vrijwillige medewerkers voorbereidt op hun taak, als men hun het belang aanprijst van een nauwe samenwerking met het personeel en de residenten zo dat zij veel menselijk gevoel kunnen verwekken. Hun taak is wisselend volgens de eigen noden van ziekenhuizen of tehuizen waar ze hun medewerking verlenen. Maar centraal blijft hun rol het onthaal met de voorafgaande contactname en dan het verblijf, kortom alles wat de overplaatsing, het onthaal, de installatie, de aanpassing en de bezigheid en de ontspanning betreft.

Een gelukkig initiatief.

Het is dus de ontleding van onthaal zelf die ons de vrijwilligers naar waarde doet schatten. Het is ook het observeren van het onthaal, van preonthaal tot postonthaal, dat ons toont hoeveel tekortkomingen bestaan, of ons positieve feiten voorlegt. In dit verband kunnen wij een initiatief aanstippen dat nog slecht is gekend en in feite een voorloper is van het preonthaal.

Het is het idee van een groot bejaardentehuis in een belangrijke stad, waar de directie de noodzaak inziet van contacten te nemen met de bejaarden van de wijk die vroeg of laat eens zullen residenten worden. Daartoe werd een spijszaal geopend voor het middagmaal. De bejaarden komen en waarderen het onthaal. Zo krijgt het tehuis bekendheid en wordt aanzien als een herbergzaam en weldoend oord. Later zullen de bejaarden zich dit beslist herinneren, als het uur komt om er te verblijven.

BESLUIT.

Wij kunnen nog lang uitwijden over wat niet en wat wel gedaan wordt voor het onthaal van de bejaarden in verplegingsinstellingen. Wij denken dat wij voldoende hebben belicht wat gebeurt en welke psychische stoornissen kunnen optreden door het overbrengen naar een ongekend milieu.

Om te verhelpen aan wat men heden meemaakt, moet men de redenen opzoeken en moet men de wil hebben eraan te veranderen in onze huidige samenleving, waar onverschilligheid tegenover tal van werkelijkheden een zware last is voor de derde leeftijd, en dan meer bepaald in het onthaal dat hem te beurt valt in de instellingen.

Wij zijn ten volle bewust dat onze samenleving gist en dat wijzigingen op ekonomisch, sociaal, politiek en kultureel vlak, die noodzakelijk zijn om de vooruitgang te volgen en dragelijk te maken voor het mensdom, onze structuren bepalen in een strijd waar, op listige en hardnekkige wijze, een te vaak egoistisch conservatisme het opneemt tegen reformisme, noodzakelijk gevolg van een levendige sociale actie. De sociale banden zijn in evolutie. Niet alleen de jongeren streven naar onafhankelijkheid, maar ook vele bejaarde ouders zijn niet meer in staat af te hangen van de jeugdige huisgezinnen en willen op hun manier verder alleen in hun huiskring voortleven. De sociale zekerheid biedt hen veelal die mogelijkheid. De massamedia bieden informatie en ontspanning gans de dag door. Vele mensen nemen deze gretig

op, verlangen niets meer en vergenoegen zich zo te leven.

Dit zijn de omstandigheden, waarin de veroudering van de bevolking voortschrijdt en de gevolgen ervan, vroeg of laat, morfologische en functionnele veranderingen meebrengen die tot seniliteit leiden. Gevangen in deze circulus viciosus en plots in moeilijkheden, zou de bejaarde moeten kunnen rekenen op zijn familie en op de burgerzin van de bevolking en op de openbare diensten om alle nodige maatregelen te nemen die zich opdringen om met sukses aan die verouderingsproblemen het hoofd te bieden.

Die bewustwording moet opgewekt en de uitgelokte initiatieven moeten worden gesteund. Een nieuwe wereld treedt aan. Men moet hopen dat de solidariteit een brede en vaste plaats kan vinden bij de structuratie ervan. Wil men die weg voort betreden, dan moet men volle aandacht schenken aan de problemen van de derde leeftijd, vooral aan deze die zich stellen in verband met organisatie en functie van de ziekenhuizen die geroepen zijn om deze personen op te nemen en hun vertrouwen te sterken.

Maar in deze planning en zijn uitwerking moet men voort strijden tegen de psychologische stoornissen, die men ontmoet als bejaarden door noodzaak moeten aankloppen in verzorgingsinstellingen. De zware stap die zij moeten zetten toont ons hoe nuttig en nodig het is een onthaaldienst in te richten. Men veralgemene deze. Indien men voor kleine eenheden genoegen kan nemen met beperkte initiatieven, moet men echter eisende partij zijn waar het gaat over belangrijke instellingen. Het voorbeeld, dat wij hebben gegeven van die C.O.O., hebben wij prachtig genoemd. Wij onthouden het voor de toekomst. Zo kunnen wij de wens bijtreden, uitgesproken door Dokter Clerens, in onze Commissie : « Men moet degelijke normen opstellen voor het onthaal en het voorontthaal, door de oprichting van een volledige medico-sociale dienst, administratief geschoeid en met een vaste en betaalde kern — bevoegd geneesheer, sociaal assistent en beheersvertegenwoordiger — desnoods bijgestaan door geschoolde vrijwilligers ».

Men zal wellicht opwerpen dat deze oplossing rationeel is doch zeer kostelijk uitvalt. Maar de voordelen kan men goed afwegen en de uitgaven verantwoorden, als men deze realisatie verricht in het kader van een C.O.O., een stedelijke, provinciale of nationale verwezenlijking, een of ander belangrijk voorzorgscentrum (ziekenbond, verzekeringsgroep), die over een sociale dienst beschikken.

Mocht deze studie bijdragen tot het verwezenlijken van een onthaaldienst die op efficiënte wijze de beschreven doelstellingen nastreeft, zouden wij reeds reden van tevredenheid hebben. Maar die dienst kan verder uitgewerkt worden als informatiedienst, steeds beschikbare draaischijf die de verhoudingen bejaarden en medico-sociale voorzieningen of bejaarden en verzorgingsinstellingen vergemakkelijkt, om, in de meest diverse omstandigheden, voor iedereen de beste baat te vinden.

Deze samenwerking wordt geschapen door de oprichting van een sociale dienst, verbonden aan een grote inrichting of aan een openbare dienst, die zijn personneel uitleent aan andere instellingen. Maar als het kleine instellingen betreft die daartoe niet bij machte zijn, zal men het directiepersoneel, eventueel met de hulp van vrijwilligers inschakelen om het onthaal in de best mogelijke voorwaarden te zien gebeuren.

Is onze vraag overbodig, omslachtig of te veeleisend? De publieke opinie moet dit beantwoorden. Mocht haar stem steeds luider klinken om meer menselijke en meer afdoende oplossingen te brengen voor de problemen van de derde leeftijd.

DE INTEGRATIE VAN PSYCHOGERIATRISCHE DIENSTEN IN DE PLANNING VAN MEDICOSOCIALE BEJAARDENZORG

door Dokter R. Noël,

afdeling Psycho-Geriatrie.
C.O.O., Brussel.

De derde leeftijd beledigen of misprijzen, betekent voor een jong mens zijn eigen toekomst beledigen of misprijzen (of vrezen), het is verzaken aan alle hoop, plannen en ondernemingen, het betekent uiteindelijk zich zelf haten.

(BUZZATI).

Alle onderzoeken uitgevoerd sinds de studies van de Commissie Laroque in Frankrijk (37) bevestigen het basisprincipe van de moderne geriatrie, de bejaarden moeten zolang mogelijk ten huize worden gehouden. Maar om dit te bereiken, moet de bejaarde nog relatief gezond zijn. Daarom is geen enkele bejaardenzorg doeltreffend als niet in de eerste plaats aan preventie van ouderdomsziekten wordt gedaan.

In de geriatrie en dan vooral in de psychogeriatrie, is deze preventie zeer belangrijk, want het begrip van psychische stoornis bij de bejaarde kan niet worden onttrokken aan dit van mentale gezondheid, die ervoor zorgen moet dat de verouderende mens zoveel kansen mogelijk moeten worden geboden om te ontsnappen aan de geestesziekte die hem van langs om meer beloert in zijn steeds vorderend leven. Dit behelst een grondige studie van de economische, psychologische en sociale voorwaarden waarin het verouderingsproces van onze bevolking zich afspeelt. Zo schrijft Dokter Villa (46), « de ontleding van de psychologische factoren brengt ons steeds terug tot een aantal sociale gegevens die blijken de gemene delers te zijn van de goede aanpassing van de bejaarde aan zijn omgeving ».

Een echte sociale politiek heeft in vele landen het daglicht gezien in de laatste jaren en vormt de onmiskenbare basis voor de preventie van de psychische ontbinding van de bejaarde. Niettemin kan men de gezondheidsproblemen van de bejaarden enkel oplossen dank zij de voortdurende medewerking van de diensten, die voor de geestesgezondheid instaan. Deze diensten hebben echter vaak te kampen met grote moeilijkheden, die voortspruiten uit het groot aantal organismen, die zich moeten bezig houden met bescherming, behandeling, revalidatie en naverzorging van de bejaarden. Het ware wenselijk, van in den beginne af, alle planning voor bejaardenzorg door één enkel gezag te laten overkoepelen ten einde een volledig onderzoek van de gevallen uit te voeren; zo kan men zo nodig sociale hulp bieden en « homecare », ofwel een verplegingsfase inschakelen, ofwel de bejaarde terug naar huis brengen, ofwel eventueel opnemen in een tehuis aangepast aan zijn noden.

Ten einde deze planning zo verspreid mogelijk te bekomen in streken, waarvan de kenmerken vaak zeer verschillend zijn, is het nodig een basisstructuur in het leven te roepen om aan eenieder volgens opvatting of bijzondere noden voldoening te schenken.

In deze algemene planning die wij hier willen schetsen, zullen wij pogen de plaats te bepalen van de gerontopsychiatrische diensten.

GERIATRISCHE PLANNING BUITEN DE VERPLEGINGSINSTELLING.

Het Comité van Experten van de Wereldgezondheidsorganisatie ziet als kern voor preventie en zorgen in de geriatrie, de oprichting van een degelijk gevormde dienst *Centrum voor inlichting en begeleiding in bejaardenzorg*. Deze zal bij voorkeur in nauw verband staan met een verzorgingsdienst voor ambulanten en een daghospitaal of een dagcentrum in hetzelfde gebouw.

Alle inlichtingen betreffende de verschillende vormen van hulpverlening in een bepaalde streek moeten aldaar worden gegeven.

Deze dienst moet ter beschikking staan van de bejaarden, hun families, de artsen, de sociale medewerkers en alle personen die zich aan bejaardenzorg wijden.

Het centrum zal daartoe een steekkaartstelsel aanleggen nopens :

1) mogelijkheden van plaatsing — tijdelijk of voor lange duur — van bejaarden die onafhankelijk, half-onafhankelijk of volledig afhankelijk op psychisch gebied (in het laatste geval zal de ene vorm in de andere overvloeien) zijn;
2) « home-care » onder al zijn aspekten;
3) medische hulp ten huize;
4) organismen en groeperingen die zich bekommeren om vrijetijdsbesteding en « occupational therapy »;
5) bejaardentehuizen, homes, pensioenhuizen, medico-sociale inrichtingen die bejaarden herbergen;
6) beschikbare huisvesting.

Het centrum zou daarenboven moeten prospectieve studie doen ten einde de toekomstige noden aan verzorging in en buiten de verplegingsinstellingen te voorzien (27).

Het centrum moet alle probleemstellingen kunnen opvangen en de belanghebbenden naar de diensten *ad hoc* verwijzen.

Het zal instaan voor de algemene voorlichting langs de klassieke media : vlugschrift, brochure, pers, radio, televisie, spreekbeurt. Ten andere weze hier gezegd dat informatiek een speciale opleiding vergt, zoals voor gelijk welk beroep. Men hoeft natuurlijk een goede sociale basisvorming, maar dit is onvoldoende om een degelijke voorlichting te verstrekken en de massamedia in een dergelijk centrum efficiënt aan te wenden. Het tekort aan dergelijke specialisten weegt vaak zwaar op vele van deze centra (42).

Zoals wij reeds zegden moet aan dit centrum een dienst voor ambulante zorgen worden toegevoegd.

Het geheel — inlichtingsdienst en ambulante verzorgingsdienst — moet door geneesheren worden beheerd. De geneesheer-directeur moet niet alleen beschikken over een goede vorming in inwendige geneeskunde en psychiatrie, maar moet eveneens een administratieve en sociale zin hebben en zich specifiek aan de Derde Leeftijd interesseren. Zijn personeel omvat geneesheren — internisten en psychiaters — verpleegsters en sociale werkers.

Deze ploeg heeft als opdracht :

— ambulante zorgen verlenen in de verplegingsinstelling;

— kunnen instaan voor de verzorging ten huize;

— een beslissing nemen, in enge samenwerking met de begeleidingsdienst, omtrent de ideale oplossing voor de bejaarde die op consult komt of de inrichting verlaat :

a) herintegratie in huiselijk milieu en nauw contact met de huisarts onder toezicht van de dienst;
b) dito maar met zekere vorm van verzorging ten huize;
c) « long-stay » in een dienst voor verdere verzorging en readaptatie;
d) opname in bejaardentehuis;
e) opname in psychogeriatrische instelling;
f) herintegratie in huiselijk milieu met regelmatig bezoek aan daghospitaal of dagcentrum.

Wat er ook van zij, een dergelijk centrum moet in een groot aantal gevallen hospitali-

satie en overhaastige groepshuisvesting kunnen vermijden.

In grote agglomeraties is er kans dat een dergelijk centrum zijn taak niet behoorlijk kan vervullen indien men de bejaardenzorg niet in voldoende sectoren onderbrengt.

Inderdaad, de bejaarde, die ver van het centrum woont en geen telefoon bezit, zal niet gemakkelijk naar het centrum komen. Het is daartoe dat men de bejaarde moet tegemoet gaan door de stichting van wijkcentra.

Deze wijkcentra vormen aldus de schakel tussen de bejaarde en het centrum. In deze wijkcentra kunnen raadplegingen worden gehouden door geriaters — liefst psychogeriaters — verbonden aan het centrum. Deze zullen in hoofdzaak preventie nastreven in overleg met de huisarts (47).

Landelijke geriatrische diensten kunnen ingericht in de streken met kleine bevolkingsdichtheid. Een omnipracticus kan er de bejaarden onderzoeken die hem door een sociale werkster worden toegestuurd.

De verzorging ten huize laat de bejaarde toe zich te laten behandelen in zijn vertrouwd milieu.

De personen die belast zijn met de huisbezoeken (sociale werkers) moeten, naast het betrachten van een eng contact met de huisarts, er voor waken dat de bejaarde geïntegreerd blijft in de gemeenschap. Zo moeten zij pogen bepaalde afgezonderde personen te doen opnemen in sociale kaders, zoals clubs. Ter gelegenheid van die bezoeken kan de sociale werker zich een idee vormen van de moeilijkheden waarmee de bejaarde te kampen heeft, zijn graad van invaliditeit, eventuele doofheid, een daling van zijn gezichtsscherpte, en aldus zo vlug mogelijk maatregelen nemen om daaraan te verhelpen. Bij afgezonderde personen kunnen eveneens de eerste kentekens van psychische decompensatie worden vastgesteld : zwaar geheugenverlies, corporele nalatigheid of voedingstekorten.

Buiten de sociale werkers, beschikken de « home-care » diensten eveneens over bejaardenhulp.

TABEL I. — *Noden aan « home-care » uitgedrukt in tijdseenheden per dag.*

Onafhankelijke bejaarden die geen zwaar werk kunnen uitvoeren	2 à 4 uur
Onafhankelijke bejaarden die lijden aan chronische aandoeningen van het bewegingsstelsel, gedeeltelijke blindheid, enz.	5 à 7 uur
Zware chronische gevallen (+ 80 jaar)	8 à 10 uur en daarbij zorgen ten huize
Zware chronische gevallen (bedlegerige-alleenstaande)	11 à 14 uur en daarbij zorgen ten huize
Alleenstaanden met acute aandoening en die op hospitalisatie wachten	14 uur en meer

Naar Summer en Smith (44).

Bejaardenhulp moet aan de alleenstaande bejaarde die onafhankelijk is gehuisvest, een persoon sturen om hem te helpen in die taken die hij niet meer aankan, en wel volgens een vastgesteld rythme en voor een bepaalde duur. Deze oplossing is beslist goedkoper dan deze van opname in collectiviteit, met een bijkomend risico op vegetatief leven, maar kan dikwijls dit gevaar vermijden en hem een zekere onafhankelijkheid vrijwaren. Gevorderd onderzoek heeft uitgewezen dat de gemiddelde kostprijs van bejaardenhulp duidelijk lager ligt dan de onderhoudskost in een bejaardentehuis.

Heden wordt deze vorm van hulp vooral voorbehouden aan gehandicapte bejaarden, maar het is wenselijk dat, met het oog op een degelijke preventie, zij worde uitgebreid tot de bejaarde die nog vrij onafhankelijk is.

Vrijwel overal heeft men met recruteringsmoeilijkheden te kampen wat betreft bejaardenhulp; een bejaardenhelpster moet immers een speciale scholing ondergaan. Haar werk is niet zuiver huishoudelijk, maar zij moet een morele steun zijn en aldus bepaalde kennissen van psychologie, diëtetiek en hygiene bezitten.

Het schijnt eveneens onontbeerlijk deze bejaardenhelpsters te vergoeden en hen afhankelijk te maken van een officiële sociale dienst. De vrijwilligers laten veelal te wensen over door de onregelmatigheid van hun hulp en de vlug optredende weerzin voor de hen opgelegde taak.

Deze bejaardenhulp moet kunnen steunen op andere diensten, zoals maaltijden ten huize, collecteren van linnen voor was en herstelling, voetverzorging, vervoerdienst naar daghospitaal of club, naar kerk of vrienden.

De geneeskundige verzorging ten huize moet instaan voor de planning van de nakuur wanneer de bejaarde het hospitaal verlaat om terug zijn huis te betrekken, en anderzijds toch ook kunnen instaan voor bepaalde zorgen die de bejaarde nodig heeft als hij ziek valt en geen hospitalisatie wordt gevraagd. Deze zorgen zijn traditioneel het geven van inspuitingen, verbanden, toedienen van geneesmiddelen en bepaalde vormen van functionele readaptatie.

De daghospitalen.

Een aantal bejaarden vertonen bepaalde vormen van lichamelijke of geestelijke stoornissen die geen opname in een ziekenhuis vergen, maar die niettemin er buiten niet kunnen worden gegeven. Daartoe het daghospitaal.

Het daghospitaal is een verzorgingsdienst waar de patiënt 's morgens binnen gaat en 's avonds terug naar huis gaat.

Het daghospitaal biedt dus het grote voordeel de bejaarde in zijn huiselijk milieu te laten. Vele families zijn verheugd hun bejaarde thuis te behouden, als men hen een oppas gedurende de dag kan bezorgen. Wat eveneens waar is, is dat het daghospitaal merkbaar de overbelasting van de gewone ziekenhuizen kan opvangen en dan vooral van de psychiatrische instellingen.

Men verwijt het daghospitaal zich enkel met een klein aantal bejaarden te kunnen inlaten en dat zijn activiteit samenvloeit met dit van een dagcentrum.

Indien de dagcentra in feite eveneens over een medische dienst beschikken, zijn zij echter vooral bedoeld voor de wijken; zij moeten in de onmiddellijke nabijheid liggen van de woonwijken. Zo is de onafhankelijkheid van de opgenomen bejaarde maximaal. Ze verschillen eveneens van clubs en bejaardenlokalen, die vooral een preventierol vervullen en geen medische dienst hebben.

Het dagcentrum poogt in hoofdzaak een herklassering van de bejaarde te verwezenlijken waar zijn sociale status beperkt werd door diverse handicaps : aandoeningen van lichamelijke of mentale aard, vereenzaming. Deze activiteit wordt dan ook meer toegespitst op jongere bejaarden. Wat betreft de hoogbejaarden en de zwaar gehandicapten, daar zal men vooral pogen de onttakeling te vertragen.

Ergotherapie, kinesitherapie en sociotherapie spelen een vorname rol in dagcentrum.

Volgens statistiek worden de opgenomen bejaarden als volgt onderverdeeld :

— 35 % aandoening met sociale desadaptatie, leidend tot grote sociale weerslag;
— 50 % lichte mentale stoornissen;
— 15 % zware mentale stoornissen.

De laatste twee vormen kunnen natuurlijk gepaard gaan met lichamelijke aandoeningen.

Uit de ondervinding van een dagcentrum van het XIII^{e} arrondissement uit Parijs, blijkt dat voor de werking van een dergelijk centrum dat instaat voor 60 personen (getal dat, indien overschreden, aanleiding geeft tot zware organisatorische problemen) men moet beschikken over :

— Full-time : een psycholoog belast met de sociotherapie, een verpleegster, een ergotherapeut.

— Half-time : een kinesitherapeut, een sociaal assistente-secretaresse.

— Part-time : een psychogeriater, een diëtetieker (5).

Een logopedist kan er aan toegevoegd.

De geriater bepaalt de therapeutische activiteit van het centrum. De verantwoordelijke voor de dienst kan gezocht in het full-time personeel.

Verzorging ten huize.

De verzorging ten huize heeft tot doel de behandeling, in het hospitaal ontvangen, voort te zetten en te beëindigen. Daar zijn heel wat voordelen aan verbonden. Eerst en vooral blijft de zieke in zijn vertrouwde omgeving wat de genezing bespoedigt. Daarbij ontlast men het hospitaal, verhoogt men aldus zijn capaciteit en vermindert men de kostprijs van de ziekte. Men neemt aan dat de kostprijs van één ziektedag ten huize de helft is van deze in een hospitaal.

Men mag echter niet uit het oog verliezen dat heel wat moeilijkheden komen opdagen als men de gehospitaliseerde zieken ten huize wil zorgen toedienen. Daarom moet men zich beperken tot lichte gevallen en de duur van 5 à 6 weken verzorging niet overschrijden.

TABEL II. — *Percentage stadsbejaarden die kunnen in aanmerking komen voor hulpverlening buiten het ziekenhuis.*

Clubs en onthaal-restaurant	:	10 %
Dagcentrum en daghospitaal	:	5 %
Huisverzorging	:	5 %
Bejaardenhulp	:	10 %
Collectieve huisvesting	:	5 %

Naar Vignalou en Beck (47).

COLLECTIEVE HUISVESTING.

De bejaarden die niet meer zelfstandig kunnen leven en ook niet rekenen op steun van hun familie moeten hun intrek nemen in bejaardentehuizen.

Towsend (45) geeft van het bejaardentehuis de volgende definitie : « Het is een instelling, waar personen die niet aan elkaar zijn verwant, geen constante zorgen, noch voortdurend medisch toezicht nodig hebben, samen hun maaltijden nemen, de gemeenschappelijke lokalen delen (dagverblijf, slaapzalen, W.C.) en alwaar het huishoudelijk werk wordt gedaan door betaald personeel ».

Hoewel de cijfers van opgenomen personen zeer verschillend zijn volgens de landen — variërend tussen 2 en 6 % — schijnen de criteria voor opname nog meer uiteenlopend. In Frankrijk besliste de Commissie Laroque dat enkel de validiteit hen enig geldig criterium voor opname in bejaardentehuis kan zijn.

In feite is de bevolking van een bejaardentehuis veel meer verschillend. De hoogbejaarden, die het merendeel van de inwoners van die tehuizen uitmaken, lijden ongeveer allemaal aan bepaalde geestesstoornissen, die echter een opname in ziekenhuis niet wettigen. Zoals Pequinot (36) bij zijn onderzoek uitwees, wordt het bejaardentehuis stilaan meer en meer een tehuis voor chronische zieken. De uitrusting in personeel en materiaal wordt daartoe aangepast.

Tal van auteurs (17, 18, 26, 31) vermelden de psychische stoornissen die men ontmoet bij bejaarden opgenomen in tehuizen. Goldfarb (24) stelt dan ook een intense psychiatrische behandeling voor in de instellingen.

Een studie gedaan in een groot tehuis voor bejaarden en chronieken in New York stipt aan dat er voldoende emotioneel gestoorden zijn — echter niet psychotisch — om een psychiater full-time te gebruiken.

Een onderzoek in de Brusselse agglomeratie in 1969 toont dat op 500 residenten 180 mentale stoornissen vertonen, hetzij 36 % (35).

De bouw van bejaardenhuisvesting en de veralgemening van de « home-care » ten spijt, is er geen vermindering te verwachten van het aantal opgenomen bejaarden in de tehuizen, omwille van het stijgend aantal hoogbejaarden. Opnieuw dwingt de noodzaak deze instellingen te verbeteren en her in te richten.

Wat er ook van zij, bestaat nu de strekking die verouderde en grote collectieve behuizing te vervangen door kleinere eenheden, voor enkele tientallen en hoogstens een honderdtal inwoners.

Beske (8) in Duitsland, zoals andere Angelsaksische en Zweedse autoren, onderlijnt de noodzaak deze instellingen in te planten in stedelijke centra en niet op de buiten. Hij voorziet individuele kamers en kamers voor echtparen. Hij stelt voor de bejaarde zijn eigen mobilair te laten meebrengen. Hij voorziet een ziekenzaal in het tehuis zelf en prijst

de bezigheidstherapie aan om reden van mentale gezondheid.

Vele tehuizen lijden aan tekort aan personeel en scholing ervan. Vele bestuurders hebben te kampen met geriatrische problemen, die hen te boven gaan, omdat ze niet weten welke houding aannemen of welke oplossing geven.

Colloquia, seminaria en spreekbeurten, uitgaand van een informatiecentrum, zouden vele van deze moeilijkheden vermijden. Een nauwere samenwerking met de geneesheren van het centrum zou eveneens van groot nut kunnen zijn bij beginnende geestesdecompensatie bij bejaarden in een tehuis.

Het centrum zou, naar het voorbeeld van Genève, aan de directies kunnen voorstellen hun momentaan gedecompenseerde patiënten op te nemen, hetzij in een geriatrisch hospitaal, hetzij in een psychogeriatrische dienst, op voorwaarde dat de tehuizen de tijdelijke gereadapteerde patiënten in hun plaats in het tehuis willen opnemen. Deze oplossing biedt dan natuurlijk het voordeel dat de verzorgingsinstelling enkele patiënten kan ontslaan.

DE OPRICHTING VAN HET GERONTO-PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS.

Een grote groep bejaarden kan niet voldoende meer verzorgd worden ten huize en moet dan verwezen naar het ziekenhuis.

Het geriatrisch ziekenhuis stelt heel wat problemen van organisatie wegens de sterke stijging van het aantal bejaarden — vooral in West-Europa — als men weet dat één derde der opgenomen zieken in een ziekenhuis boven de 65 jaar zijn.

Hier moet men op twee fundamentele vragen kunnen antwoorden :

1) Moet men bejaarden in afzonderlijke diensten opnemen, of ze verwijzen naar diensten waar ook jongeren zijn met éénzelfde soort aandoening?

2) Moet men de geestesgestoorde bejaarden afzonderen van de enkel physisch aangetaste?

Uitgezonderd Frankrijk — waar tot heden enkel geriatrische diensten voorzien waren in universitaire ziekenhuizen — is men algemeen akkoord onder de experten van de Wereldgezondheidsorganisatie dat de specialisatie in geriatrie zich opdringt in de bejaardenzorg, omdat de noden meestal langs de klassieke diensten niet worden opgevangen. De aanhangers van deze zienswijze zullen veelal moeilijkheden ondervinden bij het aanwerven van personeel dat zich interesseert aan ouderdomsproblemen en chronische zieken, en ook om de gepaste personen te vinden, indien de geriatrie niet wordt gevaloriseerd in de geneeskunde. Dit is eveneens onze mening.

Wij zijn eveneens van oordeel — zoals vele anderen — dat de geestesgestoorde bejaarden in geriatrie moeten worden gescheiden van andere psychische zieken. De oprichting van gerontopsychiatrische instellingen is vooral gewettigd, indien procentueel lange verblijven nodig zijn om diverse redenen :

1) De gesloten psychiatrische instellingen zijn op dit ogenblik bezet met 20 à 30 % opgesloten geestesgestoorde bejaarden. Gezien België reeds een groot tekort heeft aan psychiatrische bedden, verscherpt dit de toestand in verband met jongere zieken. Ten andere voor vele bejaarden aldaar is de collocatie niet gewettigd. Hun plaats is in een gerontopsychiatrische instelling, opgericht voor dergelijke aandoeningen met de bedoeling, bij verbetering, hen terug in een geriatrisch hospitaal of tehuis of zelfs in hun eigen huis terug te sturen.

2) In dergelijke instellingen heeft men teveel de neiging de geestesgestoorde bejaarden te verwaarlozen tegenover de jongeren.

3) In psychiatrische instellingen is de behandeling meestal enkel gericht op de geestesstoornissen, als wanneer de bejaarde vaak lijdt aan polypathologie, physisch en psychisch, die beroep moet doen op diagnose en therapie die gans de geneeskunde ingrijpt.

4) Geestesgestoorde bejaarden worden slecht bejegend door enkel physisch gestoorde bejaarden, die dan op hun beurt zich minder-

waardig voelen en glijden naar depressieve en zelfs dementiële toestanden.

5) Er is een stijgend aantal degeneratieve geestesstoornissen bij de bejaarden door het steeds verouderen van de bevolking en het verhogen van de gemiddelde levensduur.

6) De Belgische wetgeving verbiedt het colloqueren voor eenvoudige dementie bij bejaarden.

7) De readaptatietechnieken zijn niet dezelfde in geriatrie als in psychogeriatrie. In psychogeriatrie moet grote aandacht worden besteed aan de opname, daar dit kan leiden tot nutteloze, ja zelfs schadelijke hospitalisatie. Müller (33) steunt op het feit dat er twee soorten bejaarden zijn die men ten onrechte naar een psychiatrische of psychogeriatrische instelling verwijst.

Ten eerste, die bejaarden — niet geestesgestoord — waarvoor men sociale redenen oproept om zo gezegd de overbevolking van andere instellingen te vermijden; een lichte nachtelijke agitatie, een moment confusie of een lichte depressie zijn voldoende om de hospitalisatie te vragen.

Ten tweede, die bejaarden, waar een begin van psycho-organische stoornissen hen brengt tot nachtlawaai of weleens ongevaarlijke ontsnappingen. Men ziet hen beslist niet graag in ziekenhuizen of bejaardentehuizen.

De opname geschiedt veelal op aanvraag of onder druk van de familie langs de huisarts om. Dit procédé is gevaarlijk voor de geestestoestand van de bejaarde; evolutie of vererging kan optreden wegens dergelijke betwistbare opnamen, die door ambulante verzorging had kunnen worden vermeden of ten minste worden verdaagd.

In elk geval zijn dergelijke opnamen een bewijs van slechte werking van de sociale dienst of van een ontoereikende huisverzorging.

Zo men dus in dit geval de opname beter vermijdt, zijn er echter andere gevallen waar het behoud in familiaal milieu zware problemen meebrengt. Zo, die bejaarde met vage geestesverwardheid, die dag in dag uit dezelfde vragen aan zijn naastbestaanden stelt ofwel de huisvrouw als een hondje op de voet volgt. Dit alles verwekt dan spanningen die men niet een onbepaalde tijd kan doorstaan.

Een ander voorbeeld : het is onlogisch een geestesgestoorde bejaarde in een familie met kinderen of adolescenten te behouden. Ook niet wanneer de persoon, die met de bewaking is belast, tegen zijn taak niet is opgewassen. Wie het aankan — zelfs met de beste wil en het grootste weerstandsvermogen — moet niettemin eens vakantie nemen om zijn huistaak normaal te vervullen. In dit geval moeten familie of vrienden, om beurtrol, de bejaarde opnemen voor enkele dagen, en zelfs kan het ziekenhuis zich ermede belasten gedurende een volle verlofperiode.

Een familie zal gewoonlijk de hoede van een bejaard familielid met voorbijgaande verwardheid aanvaarden, indien haar dit goed verduidelijkt wordt. Zelfs indien opname reeds nodig is geweest zal de huisarts haar overtuigen van de genezingsmogelijkheden. Doet die arts het niet, dan zal de familie met grote onrust de terugkeer van de zieke te gemoet zien. Weliswaar moet toegegeven dat de medikamenteuse behandeling van dergelijke zieken ten huize met moeilijkheden gepaard gaat : de familie zal in de eerste plaats het toedienen wensen van zware kalmeermiddelen, die voor de verwardheid dan veelal zware verwikkelingen meebrengen.

Het probleem van de huisverzorging van de bejaarde is niet altijd gebonden aan geestesstoornissen, maar ook aan gedragsstoornissen. Deze zijn het gevolg van een sterkere veruitwendiging van de kleine kanten van zijn persoonlijkheid. Zulke bejaarden zijn lastig om mee te leven, autoritair, eeuwig mistevreden en steeds bereid om de noden en belangen van de andere familieleden te miskennen. Voor hen is een oplossing moeilijk, want men kan ze niet opnemen in een ziekenhuis tenzij ze ziek vallen en ze worden node opgenomen in een bejaardentehuis. Deze nukkige houding kan wel tegengewerkt worden door geduld, strengheid en goed humeur, maar dit is makkelijk gezegd. Gelukkig kunnen moderne geneesmiddelen in vele gevallen deze toestand milderen en draaglijker maken voor de omgeving.

De geronto-psychiatrische afdeling.

De meningen omtrent de oprichting van een gerontopsychiatrische afdeling zijn zeer verdeeld. Men kan deze opvatten als een afdeling van een psychiatrische kliniek, of van een algemeen ziekenhuis, of wellicht best van een geriatrisch ziekenhuis, of ook als een autonome instelling.

Er bestaat een eerste vorm « gerontopsychiatrische dienst voor korte verblijven », betrekkelijk klein met volledige ziekenhuisuitrusting.

Een dergelijke dienst moet instaan voor de meest akute psychiatrische problemen van een ganse streek. Samenwerking psychiater-internist zal er degelijk zijn.

De bejaarde die aldaar wordt opgenomen moet een volledige physische en psychische « check-up » ondergaan. Hij zal intense worden verzorgd en funktionele readaptatie ondergaan, zowel motorisch als psychisch : vroege mobilisatie, bezigheidstherapie, kinesitherapie — individueel en in groep — groepspelen aanleren en ook psychotherapie.

Een belangrijk element in dergelijke dienst is de keus van het paramedisch personeel, gekwalificeerd zowel voor technische kennis als voor menselijke omgangsgaven.

De bejaarden, waarvan de opname in een psychiatrische dienst is gewettigd, zijn werkelijk psychiatrische gevallen : dementie met agitatie, agressiviteit, opdringerige impulsen, vluchtneigingen, delirerende psychosen, zelfmoordneigingen, zware stoornissen in het sociaal gedrag.

In elk geval moet een voorafgaandelijk onderzoek op medisch-sociaal en psychologisch vlak de opname voorafgaan. Daartoe is een buitendienst nodig, en vooral, zoals we reeds zegden, een ambulante dienst, voorzien van al het nodige, waarop de huisarts moet kunnen rekenen om de opnameaanvraag te kunnen maken.

Er is een tweede vorm « gerontopsychiatrische dienst voor langdurig verblijf ».

Deze moet worden voorbehouden aan de bejaarden, die geen gebruik moeten maken van de gespecialiseerde uitrusting van een ziekenhuis, maar toch langdurige medische en hygiënische zorgen vergen en een verlengde readaptatie.

De inrichting ervan is minder ingewikkeld, maar moet toch worden geleid door gekwalificeerde specialisten.

Men moet eveneens bij machte zijn om physische en psychische readaptatie uit te voeren door diensten van physiotherapie, psychotherapie, ergotherapie, logopedie, sociotherapie (pro memoria : veel huidige moderne rusthuizen beantwoorden ongeveer aan dit schema).

Men zal er opnemen :

1) sommige bejaarden die uit een dienst voor kort verblijf komen; eens de akute fase voorbij evolueren vele bejaarden niet tot volledig herstel; men kan ze nog niet naar hun familie of in een tehuis sturen, maar gezien ze geen dringende zorgen meer behoeven, worden ze verwezen om plaats te maken;

2) bejaarden (geïsoleerden of uit tehuizen) met psychische stoornissen, waarvoor de opname in het psychiatrisch ziekenhuis niet nodig is en waarvan de toestand kan verbeterd door readaptatie;

3) bejaarden die een volledige afhankelijkheid vertonen (bv. dementia senilis);

4) bejaarden, die bij het uittreden uit een ziekenhuis, waar ze verbleven voor organisch letsel, psycho-organische stoornissen vertonen die kunnen verzorgd worden zonder opname in een psychiatrische instelling voor akute zorgen.

In deze instellingen zal er ook vaak een probleem van opname rijzen. Wordt de bejaarde, physisch en psychisch belast, verstuurd naar een psychogeriatrische of naar een geriatrische instelling ? De dominante factor moet natuurlijk bij de beslissing doorslaggevend zijn.

Wat er ook van zij, de gerontopsychiater wordt voortdurend geconfronteerd met physische problemen, wat een nauwe samenwerking eist tussen internist en psychiater. Velen hebben die bivalentie zo beklemd dat, bv. in de gerontopsychiatrische dienst te Genève, de artsen worden opgeleid in de twee specialiteiten.

Deze « long-stay » inrichtingen zouden in feite twee afdelingen moeten omvatten : één bewaakte voor de vluchters en één open. Deze laatste wordt voorbehouden aan bejaarden die geen ouderdomswaanzin vertonen, maar voldoende gestoord zijn om in een beschermend milieu te leven (karakteriëlen, betrekkelijk gestabiliseerde paranoia, chronische niet zelfmoordlustige depressieven, oligofrenen, aan de maatschappij onaangepaste neurotieken).

In dergelijke afdelingen kan het verblijf definitief worden. Voor hen moet men opname en ontslag regelen als in de diensten voor kort verblijf. Dit is vooral het geval voor zwaar dementiëlen die geen hygiënische zorgen nodig hebben. Daaromtrent bestaan twee tendenzen :

— ofwel afzonderlijke diensten in het leven roepen;

— ofwel deze zware dementen verspreiden in kleine groepen in bestaande instellingen, bv. tehuizen, alwaar ze beter zullen worden verzorgd dan in het eerste systeem dat ongeveer gelijkt op een asiel en waar het personneel vlug met tegenzin zal werken. Het spreekt vanzelf dat aldaar dan plaats en personeel moet voorhanden zijn.

Doeltreffendheid van geriatrische diensten.

In de geriatrie zijn de opnameaanvragen veelvuldig en de mogelijkheden vaak beperkt. Zo treft men bijna overal wachtlijsten aan.

Een opname voor zuiver sociale reden is uit den boze, indien men het doel wil behouden : medische noodwendigheid moet het bijzonderste criterium zijn. Natuurlijk kan de inwerking van sociale reden op de beslissing doorwegen.. Dit wil zeggen dat de wachtlijsten niet moeten worden eerbiedigd qua datum : een voorafgaandelijk medico-sociaal onderzoek zal de voorrang bepalen.

Men kan zeggen dat er een omgekeerde relatie bestaat tussen de last welke een familie had met een gestoorde bejaarde vóór zijn opname en de bereidwilligheid waarmee ze hem zal terug opnemen in de familiekring na zijn ontslag. Daarom moet de geriater de wachtlijst beperken en de opnamen in zijn dienst bespoedigen, wat de kansen op genezing verhoogt en deze op verwikkelingen verlaagt.

Het doel van een geriatrische dienst is het herstel en een vlug ontslag ten einde aan iedereen de kans te geven zijn leven verder onafhankelijk te slijten, hetzij in familie, hetzij in tehuis. Daarom moet men vóór het ontslag de toekomstige levensvoorwaarden goed bekijken. Dit doet het nut inzien van een informatie- en orientatiedienst, alsmede van een degelijke buitendienst. Het gebeurt te dikwijls dat de sociale dienst het ontslag afremt omwille van tekorten in de buitendienst. Het mag niet dat een bejaarde omwille van sociale redenen gehospitaliseerd blijft, als de oorzaak berust bij een gemis aan medewerking van de familie. Men vindt soms op de wachtlijsten bejaarden die meer hulp nodig hebben dan de persoon in behandeling, en een vlugge beslissing in het voordeel van eerstgenoemde dient genomen in het voordeel van deze die nog wachten.

In bepaalde gevallen is de toestand van de bejaarde zo benard, wat betreft gezondheid of familiaal milieu, dat het onstlag ononmiddellijk zou gevolgd worden door herval, wat het nut van de behandeling zou te niet doen. In andere gevallen moet de arts een berekend risico op zich nemen. Herhaalde opnamen vallen wel in het kader van de aktiviteit van een geriatrische dienst, gezien het de normale evolutie van de ziekte is, maar men kan in de tussenperiode andere patiënten verzorgen.

Het ontbreken van een wachtlijst bewijst niet dat het aantal bedden voldoende is. Het kan in dit geval dat men de criteria voor opname te hoog stelt, wat dan de families een voortdurende spanning geeft. Een te gemakkelijke opname kan natuurlijk huisartsen en families sociale problemen vlug doen oplossen, maar zal de doeltreffendheid van de dienst schaden (2).

Hoewel dit het onderwerp uitmaakt van een andere studie, mogen wij dit hoofdstuk niet aflsuiten zonder te gewagen van het onthaal, dat de bejaarde moet ontvangen bij zijn

intrede in het ziekenhuis. Vooral dan in de psychogeriatrische dienst, waar hij zich zeer ongerust en onwennig zal voelen. Vriendelijkheid van het personeel zal hem geruststellen, zijn genezing bespoedigen, en ook alle terughoudendheid van de familie, die hem vergezelt, wegnemen.

Het personeel in een psychogeriatrisch ziekenhuis.

1. De medische ploeg.

Indien men de samenwerking internist-psychiater wil bestendigen, moet de leiding van de dienst gegeven worden aan een internist-geriater met psychiatrische bijscholing. Gezien men dergelijke persoon moeilijk kan vinden, is het dan meer logisch de leiding te geven aan een psychiater in de dienst voor acute gevallen, gezien dat daar de psychische problemen overwegend zijn en aan een internist in de dienst voor chronieken, daar de bejaarden veelal een gemengd psychologisch-physisch beeld vertonen dat door het geheel van diagnostische en therapeutische middelen van de geneeskunde moet worden benaderd (te Montignies-le-Tilleul, is de geneesheer dienstoverste van de psychogeriatrische afdeling « L'Oasis » een psychiater; te Luik daarentegen, in de psychogeriatrische dienst « Le Peri » is het een internist).

De geneesheer, belast met deze opdracht in een dienst van betrekkelijke omvang, zou moeten hetzelfde statuut hebben als zijn collegae aan het hoofd van een grote dienst (2).

Zijn verantwoordelijkheid is zeer groot. Hij is het die de coördinatie moet verzorgen tussen medewerkers die een zeer verschillende opleiding hebben genoten (internisten en psychiaters) en gezag over allebei hebben. Hij moet steeds instaan voor samenhorigheid van de dienst van readaptatie, waar de technieken zeer verschillend zijn van deze in de gewone geriatrie. Hij zal steeds zijn medewerkers valoriseren, want hun taak is ondankbaar en lastig, de belangstelling voor hun werk opwekken, vechten tegen gevoelens van moedeloosheid, in feite, zelf actief deelnemen aan de readaptatie. Jawel, zijn persoonlijk contact met zijn personeel neemt de allures aan van psychotherapie en de psychogeriater die zo iets over het hoofd ziet zou een grove fout begaan (33).

Ten slotte zal hij ook zijn prestige in de weegschaal leggen om een vlotte samenwerking te bekomen tussen zijn dienst en de andere binnen- en buitendiensten.

De gerontopsychiatrische afdelingen voor kort verblijf moeten een even belangrijke staff hebben als de andere voor acute ziekten. De dienst voor lang verblijf kan wat minder zwaar worden gestructureerd.

Het ware wenselijk dat jonge assistenten uit een chronische dienst hun taak zo zouden verdelen dat ze eveneens in de dienst voor akute ziekten kunnen arbeiden.

Het is wellicht moeilijk artsen te vinden voor een dienst van gerontopsychiatrie, en zo doet men ook soms beroep op algemene practici die belang stellen in de geriatrie en enkele uren veil hebben voor de verzorging van geestesgestoorde bejaarden.

2. Het verplegend personeel.

In een afdeling van psychogeriatrie, en vooral voor lang verblijf, zijn ongeveer 50 % van de patiënten door psycho-organische afwijkingen aangetast (dementia senilis en arteriosclerose). De verpleging van dergelijke gevallen eist vanwege de verpleegsters bijzondere gaven en evenveel physisch weerstandsvermogen als omgangskunst. Niet iedereen kan het aan. Het is lastig te leven met voortdurend zicht op aftakeling en nakende dood. Daarom moet de verplegende zich zelf geen verouderingsproblemen stellen, anders komt het vlug tot een vorm van weerzin, die schadelijk is voor de readaptatie en onzekerheid en angst verwekt bij de bejaarde.

Wat er ook van zij, moet men vaststellen dat het verplegend personeel van een dergelijke dienst, over het algemeen, een zodanige voldoening vindt in zijn werk, dat het geen overplaatsing zou wensen, op voorwaarde dat er aldaar aan actieve readaptatie wordt gedaan en dat er een goede samenwerking bestaat in het team.

Soms wordt gedacht dat een gerontopsychiatrische dienst voor lang verblijf minder

personeel vereist dan een voor acute gevallen. Niets is minder waar. Deze laatste doet wellicht beroep op complexe behandelingen, maar in het eerste geval is voortdurende aandacht vereist voor nauwgezette gang van zaken. De patiënten zijn dubbel gehandikapt. Vooral de dementen, die gestoord zijn in al hun functies, zijn gedesoriënteerd en vinden noch bed noch toilet noch plaats aan tafel. Zij kunnen zich slechts met moeite aan- en ontkleden. Dikwijls moet men hun eten in de mond geven. Daartoe is voortdurende aanwezigheid van de verpleegster vereist. De patiënt valt gemakkelijk en bepaalde bejaarden moeten steeds op de voet gevolgd. Voeg daarbij dat alles zeer langzaam gaat.

De verpleegster zal eveneens het linnen vaak moeten verversen door de incontinentie en het is dan een heel gewicht de patiënten op te heffen. Haar bijdrage in de readaptatieploeg is de bejaarde te helpen, hem gerust te stellen met opbeurende woorden. Tact en zachte vastberadenheid zijn onmisbaar. In psychogeriatrie wordt niets bereikt met ongeduld en ruwheid.

In de meeste van die instellingen bestaat het personeel uit gekwalificeerden en uit hulppersoneel — verpleegassistenten, ambulancier sters, ziekenoppassters — zonder dezelfde vorming.

Ideaal ware zo veel mogelijk gekwalificeerd personeel te hebben, want in geriatrie is vorming en observatiegeest hoofdzaak. Helaas, de recrutering is lastig.

In een afdeling van psychogeriatrie moet het verpleegsterkader opgebouwd, volgens onze mening, met een daartoe opgeleid effectief. Voor de anderen kan men zich vergenoegen met hulppersoneel, indien dit voldoende werd geselectionneerd, indien het zin heeft voor zijn taak en als men de vorming ervan steeds doorvoert. In elk geval zal de ratus verpleegster pro patiënt steeds zo hoog mogelijk worden genomen. Wat betreft gehuwde verpleegsters, eventueel met kinderen, zal men een half-time systeem uitwerken dat hun toelaat zich om hun familie te bekommeren en aldus een compensatie vinden voor de spanning teweeggebracht door de psychogeriatrische zorgen.

Personen die zich wijden aan psychogeriatrische bejaardenzorg en er al hun geduld en energie voor opofferen moeten gesteund worden door hun werkvoorwaarden zo aangenaam en hun uitrusting zo doeltreffend mogelijk te maken. Alleen voor deze reden zouden de ouderwetse bejaardentehuizen volstrekte prioriteit moeten genieten qua verbouwing en modernisatie.

Gezien er nu toch zoveel bejaarden in onze ziekenhuizen zijn en dat zij nu eenmaal toch een meer speciale verzorging vragen, ware het nuttig dat alle leerlingen-verpleegsters een stage in een geriatrische afdeling zouden doormaken. Hetzelfde geldt voor alle personen die zich met de derde leeftijd bezig houden; ook zij zouden een basisvorming moeten doormaken.

3. De sociale medewerkers.

De sociale medewerkers spelen een grote rol in de geriatrie. De inlichtingen die zij verzamelen over de sociale toestand van de bejaarde zal de opnameprioriteit bepalen. Eenmaal gehospitaliseerd moeten zij contact zieke/buitenwereld onderhouden, namelijk met de familie, als die ver woont, de patiënt helpen zo hij financiële moeilijkheden kent, bepaalde persoonlijke verlangens kunnen voldoen; kortom pogen overal een oplossing te vinden voor een zieke die een lang verblijf in het ziekenhuis te gemoet gaat. Bij zijn ontslag zal de sociale werker nauw samenwerken met alle andere diensten om de beste sociale sfeer te scheppen voor de bejaarde.

4. Het readaptatieteam.

Gezien de eerste rol van een psychogeriatrische dienst er in bestaat het herstel van de bejaarde te beogen, t.t.z. zijn resterende physische en psychische mogelijkheden maximaal uit te baten, zal het team door definitie kinesitherapeuten, ergotherapeuten, psychologen en logopedisten omvatten.

De geestesreadaptatie, in psychogeriatrie, behelst niet alleen het verzorgen van de stoornis als dusdanig, maar ook de globale

persoonlijkheid af te meten en te verzorgen, gezien het multidimensionele van al de klachten (35). Anders gezegd, zowel de behandeling als de toekomstige levensvoorzieningen moeten worden beoogd. In de « long stay » afdelingen moet de geestesgestoorde bejaarde verbeteren en zich progressief beter uitdrukken, voor zover zijn mogelijkheden het toelaten, in een groep mensen die zelf psychisch zijn gestoord (34).

Gaat men niet zo te werk, dan ziet men neurotische reacties optreden en komen psycho-somatische stoornissen op en verergeren de reeds bestaande toestand. Vandaar het grote belang van de psychotherapeutische onderhouden wil men vermijden dat de andere therapeutische maatregelen (psychotrope geneesmiddelen, ergotherapie, kinesitherapie, en andere) ondoeltreffend zijn.

De readaptatiemiddelen zijn in psychogeriatrie immers niet dezelfde als in gewone geriatrie. De bejaarden die naar dementia glijden, vertonen specifieke stoornissen, o.a. : verlaging van de instrumentele capaciteit (spraak, praxie, gnosie), neiging tot vergeten van start- en stopsein in de redenering, tekort aan anticipatieve voorstelling van daden, moeilijkheden in het benaderen en behandelen van deelfeiten en inlichtingen, tekort aan soepelheid, onderwerping aan vooropgezette gegevens en schommelingen in prestatievermogens (39).

Natuurlijk is de invloed van al deze factoren afwisselend volgens de graad van de mentale aantasting, maar dit laat dan ook niet toe aan de ergotherapeut of de kinesitherapeut een zelfde schema te volgen als in de gewone geriatrie.

Wellicht is de sluitsteen van alle readaptatie in psychogeriatrie de sociotherapie : de groepsactiviteit. Het weze onder vorm van groepsgymnastiek, groepsspelen, groepspsychotherapie, pogingen om in homogene groepen de uitdrukkingsmogelijkheden te stimuleren, enz.

Al deze activiteiten in groepsverband zijn noodzakelijk wil men geen inerte massa behouden maar een differentiëerde groep waar passiviteit, ontevredenheid, vijandschap, agressiviteit, die men zo vaak ontmoet in bejaardencollectiviteiten, plaats maken voor positieve levensverhoudingen.

De vrijwillige medewerkers.

Vrijwilligers kunnen een belangrijke rol spelen in het mentaal verbeteringsproces van de bejaarde. Het is als het ware een contact bejaarde-buitenwereld door hun regelmatige aanwezigheid. Dikwijls ziet men zich gunstige affectieve verhoudingen ontwikkelen tussen vrijwilligers en bejaarde zieken.

In elk geval moeten de vrijwilligers er zich op toeleggen alle activiteit in de verblijfzaal aan te moedigen om op die manier waardevolle medewerkers van de ergotherapeuten te worden.

6. Het administratief personeel.

Een geriatrische afdeling heeft een bestendig secretariaat nodig dat efficiënt en tactvol optreedt, want het zal veelal gemengd zijn in hachelijke situaties en zal dikwijls als tussenpersoon optreden.

De niet-medische beheerder zal innemend zijn en de gepaste gaven bezitten om gans de structuur te torsen.

Ten titel van inlichting geven wij onze visie wat betreft de personeelsstructuur van een gerontopsychiatrische afdeling :

Tabel III.

— 1 geneesheer « full-time » (of het equivalent ervan) voor 2 eenheden « acute verzorging » of 3 eenheden « chronische verzorging » (eenheid = 25 à 30 bedden);
— 1 verpleegster voor 2,5 zieken (absoluut minimum) (*);
— 1 ergotherapeut per eenheid (full-time);
— 1 kinesist per 2 eenheden (id.);
— 2 psycholoog per 4 eenheden (id.);
— 1 logopedist per 4 eenheden (id.);
— 1 dietist;
— 1 sociaal assistent voor 50 gevallen;
— 1 voetverzorgster;
— haarkapper of -kapster; voor de gehele dienst.

(*) Adams en Mellwraith (1) in Engeland schatten de ideale verhouding verpleegster/patiënt op 1/4. Miss Smith (43), steunend op eigen ervaring komt tot het besluit dat deze verhouding niet mag lager liggen dan 1/2.

De noden van in psychogeriatrische instellingen verzorgde bejaarden.

Een bejaarde die een lang verblijf in een instelling moet doormaken, moet genieten van een bepaald comfort, wat een jeugdiger persoon voor een kort verblijf wellicht kan missen. Een volwassen deert het niet in een kamer te verblijven, in een functionele afdeling, want hij ziet zijn ontslag te gemoet.

De bejaarde echter moet een kijk op de buitenwereld behouden. De daglokalen moeten georiënteerd zijn naar een levendige omgeving, desnoods met verlies aan invallend zonlicht.

Er moeten daglokalen voorhanden zijn, opgeschikt in diverse frisse kleuren, en dan liefst zachte kleuren voor de dementen.

De vloerbekleding zal niet te glad zijn om het vallen te vermijden, ook niet te ruw, omdat de bejaarde reeds hinder heeft bij het gaan en zijn voeten sleept.

De geriatrische afdeling moet beschikken over zitgelegenheid en tafels, die aangepast zijn aan de juiste hoogte. Het toilet zal voorzien zijn van handgrepen en de gangen eveneens.

Een tuin met banken zal worden aangelegd.

In de centra voor readaptatie moet de bedlegerigheid tot een minimum worden herleid door frekwente mobilisatie. De incontinenten zullen tijdig naar het toilet worden geleid om het rythme van hun sfincters te normaliseren. Van toiletstoelen en bedpannen worde een minimum gebruik gemaakt

Bedlegerigheid gedurende de dag wordt niet toegelaten, tenzij een intercurrerende ziekte.

Men zal de bejaarde 's morgens normaal aankleden met zijn eigen klederen. De « make-up » speelt een grote rol in de readaptatie. Veelal kan men beroep doen op leerlingen van kapperscholen, om zich te oefenen op de bejaarden die in collectief verband leven.

De verpleegsters zullen een ware sympathie verwekken voor hun bejaarden. Ze zullen bewust zijn van de physische en psychische mogelijkheden van hun patiënten, hen met een sereen optimisme terug moed en levensvreugd trachten te geven.

Op zijn beurt zal de geneesheer meer interesse aanbrengen voor de persoonlijkheid en de sociale problemen van de bejaarde dan voor zijn ziekte zelf. Meer nog, in de psychogeriatrie, zal hij in de afgetakelde en fragmentaire levenstructuur van de bejaarde een goed omlijnde plaats innemen. Hij zal een voortdurende blikvanger zijn, van waaruit een golf van moed en kracht uitstraalt, waarin de bejaarde steeds steun, bescherming en hulp vindt (35).

Ziekenhuisplanning.

Tot over korte tijd werden ziekenhuizen gebouwd door lokale initiatieven, vaak even onaangepast als beperkt. Heden onder druk van de exploitatiekosten, met het oog op de investeringen en de ingewikkelde uitrusting, vormt het ziekenhuis een blok. Daartoe werken de verschillende instanties solidair mede.

Het oppuntstellen van deze structuur is een werk dat veel tijd en zorgen vraagt. Men moet rekening houden met wat bestaat, de noodzaak tot modernizering, het verdelen in de tijd volgens de economische mogelijkheden, zelfs al is de planning anders gewenst. Toekomstvisie, overzicht van het geheel en een soepel opgevat programma zijn onmisbaar om het hoofd te bieden aan de bestaande noden en om de vooruitgang te volgen.

De planning biedt mogelijkheden tot overleg op lange termijn en geeft de gelegenheid om de krachten te bundelen op een logische en gecoördineerde wijze, om zonder verspilling, zonder dubbel gebruik, zonder storende interferenties, het hoofddoel te bereiken : men geve aan de bevolking een beredeneerd geheel van verzorgingsinstelling, degelijk uitgerust en gericht op de noden van de toekomst.

Deze imperatieven zullen voor de geriatrie en de psychogeriatrie de leitmotieven zijn voor het groeperen van de deelstukken. En toch geeft de bejaardenpathologie een nieuwe

kijk — en dan wel een specifieke kijk — op de inrichting en de planning van de hospitalisatie.

Eens de 65 overschreden, brengen tekorten in de behandeling onmiddellijk een verergering bij akute toestanden. Verwikkelingen treden vlugger op en er is een sterke neiging om naar invaliditeit te evolueren. Over het algemeen is er geen goed omljinde ziektetoestand, want deze is polymorph. Reeds hebben wij aangestipt dat hygiënische zorgen vlug nodig zijn, daar de patiënt in weinig dagen zijn levensnoodzakelijke handelingen niet meer kan volbrengen en zelf niet meer meehelpt aan zijn strikt noodzakelijkste verzorging. Bejaarden zullen zich slecht aanpassen aan een nieuw uurrooster in dit nieuw milieu, waar plaats, dag, verplegend personeel en voedingsnormen verschillen. Deze veranderingen geven stoornissen op physisch en psychisch gebied met verergering van de dementie, wat natuurlijk de last voor familie en omgeving verhoogt. Handicap of dementie verkort niet de levensduur maar weegt er zwaar op. Het toenemend aantal van dergelijke patiënten stelt dan ook grote problemen aan de verzorgingsinstellingen. Zo brengt een goede organisatie van deze diensten niet enkel een verlengde levensduur, maar voorkomt physische en psychische aftakeling en zal verloren mogelijkheden herwinnen, als het kan.

Opvatting en organisatie van geriatrische instellingen zijn van doorslaggevend belang, zoals wij reeds hebben toegelicht. De keuze van de inplanting en een goede ordening van de lokalen helpen aan de opbouw van een nieuw sociaal leven en waarborgen het gevoel van onafhankelijkheid. Het gevoel van afzondering moet stellig worden geweerd door inplanting in actieve centra van onze steden. Voor de specifieke afdelingen wordt dan het werkterrein bepaald als stad of wijk.

De uitbating van een dergelijke dienst met minder dan 40 bedden is niet rationeel; meer dan 130 bedden noodzaakt de structuratie van een grote dienst. Economische en psychologische beschouwingen doen de bezetting schommelen tussen 75 en 110 bedden (22).

De demografische veroudering zal denkelijk de noden aan psychiatrische diensten verhogen. Daarentegen moeten de vooruitgang van de geneeskunde in deze specialiteit, de doorgevoerde systeemsplitsing en de visie op het geheel van de noden, de oprichting van diensten voor bejaarde chronische zieken, met lichaams- of geestesstoornis, de uitbreiding van de buitendiensten en de preventie, het aantal bedden doen dalen.

Men schat dat voor het geheel van de psychiatrie, in onze westerse landen, het beddenaantal zich zal stabiliseren in de komende decennia rond de 30 per 100.000 inwoners, waaronder minstens 5 voor de geriatrie (14). Urbanisatie en levensritme houden wellicht dit cijfer constant, maar buitendiensten en preventie moeten er na streven de opnamen zoveel mogelijk te doen dalen.

Wellicht zullen dan toch vele bejaarde zieken gehospitaliseerd worden voor akute zorgen of readaptatie in psychiatrische instellingen — al dan niet toegevoegd aan een algemeen ziekenhuis — maar het staat vast dat tal van opnamen in psychiatrische diensten veroorzaakt worden door ouderwetsheid, gemis aan uitrusting en gekwalificeerd personeel in vele bejaardentehuizen. Nieuwe opvatting voor de bouw van collectieve verblijven, hun medische uitrusting, de uitbreiding van hulp- en preventiediensten kunnen vele opnamen vertragen en aldus het hoofd bieden aan toestanden, die de mogelijkheden van huidige instellingen te boven gaan.

Voor dit type zieken (« long-stay ») is het nodig specifieke instellingen te bouwen in dicht bevolkte zones. In minder bevolkte streken kan men een autonoom paviljoen voorzien aan het psychiatrisch ziekenhuis, ofwel een paviljoenstelsel aanschakelen aan een instelling voor chronische zieken, bv. in patiovorm.

De bouw van specifieke eenheden zal te verkiezen zijn boven het in stand houden van eenheid « voor de afval ». De motivering van het personeel blijft hoofdzaak : men maakt deze gunstiger in een goed opgevatte,

wel uitgeruste, goed ingerichte en autonome dienst. Deze is dan de draaischijf tussen psychiatrisch ziekenhuis, geriatrisch ziekenhuis en buitendiensten. Deze onderlinge verhoudingen zullen de afscheiding in sectoren eerbiedigen.

Zoals voor de openbare geesteshygiëne, moet de geriatrie ingericht zijn volgens opnamemodaliteiten voor een gegeven bevolkingsgroep en geen rekening houden met de technologie zoals in een hospitaalpyramide. Het aldus sectoriseren beantwoordt aan alle noden door zijn globale verzorgingsmogelijkheden. In grote agglomeraties zal men verscheidene sectoren voorzien.

Men zal de verzorgingsinstellingen, inbegrepen daghospitaal, ambulante buitendienst en medico-sociale diensten niet scheiden : zij eisen eenvormigheid in de verzorgende teams.

De sectorisatie, die natuurlijk de personeelsterkte opdrijft, verzekert de onmisbare voortzetting van de zorgen en betrekt de omgeving van de verzorgde bejaarde. De opvatting van « teamwork » breekt het idee van hospitalisatiezucht, het oppropppen van ziekenhuizen en de depersonalisatie van de verzorgde. De heropname in eigen of medicosociaal milieu is dan ook vaak mogelijk : de zieke wordt gevolgd, zijn omgeving of het tehuis weet dat in geval van nood hij wederom kan worden opgenomen.

Het opstellen van normen aangaande het aantal bedden is gebonden aan verschillende op elkaar inwerkende gegevens (bestaande infrastructuur, demografische, sociale, psychosociologische, socio-medicale, wetenschappelijke, technische, administratieve, economische, financiële en politieke gegevens) die wijzigingen kunnen ondergaan in de tijd en moeilijk te voorzien zijn. Er zijn geen « allround » normen en de vergelijking met andere landen wordt te dikwijls aangehaald.

Normen van architecturale en functionele aard worden getoetst aan opvatting en ondervinding. Na een periode van inertie, wil men nu vele instellingen bouwen of worden deze gepland. Zo moet men functionele normen opstellen om ziekenhuizen rationeel te maken.

De investering is zwaar : men hoeft niet elke instelling terug uit te denken.

De architecturale vormgeving moet soepel zijn. Het ziekenhuis is geen denkbeeld meer dat een halve eeuw moet doormaken.

Het programma zal mogelijkheden scheppen tot uitbreiding van algemene diensten en hospitalisatie. De bouwvolumes en lokalen moeten kunnen aangewend voor doelveranderingen zonder de infrastructuur te breken.

De openbare besturen, die rechtstreeks of onrechtstreeks, de grootste lasten van de investering zullen dragen, moeten een goede coördinatie voorzien met inachtneming van de hoofdbetrachtingen.

De functie en de opnamemogelijkheden van elk ziekenhuis verschillen volgens de streek. De architecturale vormgeving moet harmonisch worden ingeschakeld in het geografisch kader, desnoods rekening houdend met bestaande delen van een oud ziekenhuis. Te strikte normen voor de bouw, waarop geen varianten kunnen voorzien, mogen niet vooropgezet.

Men kan een maximum investering voorzien voor het ganse land en per ziekenhuis (vergelijkingen qua volume, oppervlakte of beddengetal is zeer moeilijk). Het is immers zo dat de bouw van een ziekenhuis, te zwaar belast, een dubbel risico meebrengt :

— ofwel te ver doorgedreven snufjes voor niet-vitale gedeelten van de uitbating;

— ofwel overdreven technisch opgevoerd, wat tot te lage bezetting of zeer hoge uitbatingskosten leidt, afwijkend van de voorziene planning.

Anderzijds is het verkeerd de investering teveel in te krimpen : de terugslag van een slecht doordachte bouw zou onmiddellijk en zwaar op de uitbatingskosten doorwegen.

In elk geval is de bouw van een ziekenhuis, dat niet beantwoordt aan zijn doelstelling, een onherroepelijke zaak, die fel de medische verzorging in een streek in het gedrang kan brengen, zelfs op lang termijn.

We staan voor complexe problemen en een optie voor de toekomst : men moet moderne

programmatiemiddelen inschakelen om de beste oplossing te vinden. Hoofdzaak is de normen niet te strak toe te passen maar een sluitend geheel en een steeds vernieuwde synthese op te zoeken.

Het ontwerp van een dynamische programmatie en zijn uitvoering eisen een interdisciplinaire arbeid met de medewerking van allen. Maar het blijft hoofdzaak die beslissingen te nemen die aan de noden van de bevolking het meest voldoen (22).

BESLUIT.

De plaats van de psychogeriatrie wordt bepaald in een globaal plan van oprichting van preventieve, ziekenhuis- en buitendienstzorgen van de bejaarden.

Omwille van de voortdurende demografische veroudering in onze moderne landen, is de plannificatie hoofdzaak, wil men zich niet binnenkort in een onontwaarbaar kluwen bevinden waarin overbelasting van de ziekenhuizen door de bejaarden, ontoereikentheid van de collectieve huisvesting, personeelstekorten en sociale lasten dooreengestrengeld zijn.

Men kan enige basisprincipes samenvatten voor de geriatrische ziekenhuiszorg :

1) men zal de bejaardenzorg in het ziekenhuis vanaf de opname richten op de mogelijkheid van een terugkeer naar huis en het herwinnen van de onafhankelijkheid;

2) men zal de bejaarde zo goed mogelijk physisch en psychisch readapteren om hem naderhand de grootste autonomie te verzekeren;

3) men zorge voor soepele verhoudingen tussen de diverse diensten in de geriatrie; nooit mag een functionele of administratieve maatregel de overgang van de ene dienst naar de andere weigeren;

4) men moet geriatrische centra bouwen op universitair, stedelijk of regionaal vlak, waarin de meeste diensten voor bejaardenzorg zijn ondergebracht.

Dat sluit niet uit dat men rekening houdt met concentratiemogelijkheden en lokale omstandigheden (47).

Volgens het geval zal een bejaarde, komend uit eigen huis of uit een tehuis opgenomen worden in

a) daghospitaal of dagcentrum;

b) dienst voor akute somatische ziekten;

c) dienst voor lang verblijf voor somatische aandoeningen;

d) psychiatrische afdeling voor akute zorgen (lokale omstandigheden moeten er de inplanting van bepalen);

e) een gerontopsychiatrische afdeling voor lang verblijf, gekoppeld of niet aan *c);*

f) een ambulante raadplegingsdienst.

De diversiteit van de hogervernoemde structuur doet de noodzaak inzien van de coördinatie van haar activiteiten, alsook van de veelvuldige initiatieven, die op lokaal vlak worden genomen, en van een goede informatiedienst.

Ons schijnt een geriatrische informatie- en oriëntatiecentrum, samen met een ambulante raadpleging, meest geschikt om deze rol te vervullen.

Het doel van de ambulante raadpleging is niet zozeer het behandelen van de raadplegende, want alras zou de dienst overstelpt zijn.

De dienst informatie-raadpleging is vooral een draaischijf die de zieke richt naar de gepaste instelling en de coördinatie regelt van de diensten die zich met de opname bezig houden, wat niet beduidt dat zij er de leiding van neemt.

In deze voorwaarden is het vanzelf sprekend dat de geriater in de eerste plaats aan het centrum zal vragen met welke personen en instellingen hij moet samenwerken.

Uit dit opgemaakt bilan zal men de problemen van samenwerking op verschillende vlakken onderzoeken :

a) samenwerking met de huisarts : deze laatste mag in geen geval in de geriater een oneerlijke mededinger zien. Een inlichting, brief of verslag zal hem overtuigen dat de geriater advies en therapeutische oriëntatie kan verschaffen;

b) samenwerking van de verschillende specialiteiten verwezenlijken om zo tot de diagnose te komen;

c) verbinding maken tussen de verschillende diensten : algemeen ziekenhuis, psychiatrische instelling of psychogeriatrische afdeling (wat leiden zal tot staff-meeting over gemeenschappelijke patiënten);

e) samenwerking met clubs, daghospitalen en wijkcentra, gezien deze toch afgestemd zijn op de centrale dienst. De verstrekte informatie moet in beide richtingen doorgaan. Het is vanzelf sprekend dat wijkcentrum en ambulante raadpleging niet mogen worden afgezonderd, zo zij een nuttige rol willen spelen. Integendeel moeten zij zich gedragen als een schakel in het geheel van de geronto-geriatrische voorzieningen voor de noden van de derde leeftijd.

Kortom, de hoofdbekommernis in geriatrie is ploegwerk (7).

De buitendiensten moeten waken dat de ziekenhuizen niet overrompeld worden en daardoor verlamd. Bejaardenzorg vormt één geheel, waarvan men moeilijk een deel kan negeren.

Twee betrachtingen zijn hoofdzaak :

1) hulp bieden om de bejaarde in zijn huis te behouden door clubleven, dagcentra, restauratieoorden, huiselijke hulp, waarondermeer, huishoudelijke hulp, verzorging en verpleging;

2) verbetering en aanpassing van de huisvesting voor bejaarden.

Tenslotte legge men de nadruk op het grote belang van een informatiedienst, indien men deze planning wil uitbouwen in het belang van de bevolking.

In de geriatrie speelt de psychogeriatrie een steeds grotere rol, naarmate de psychologische en psychiatrische gegevens meer aan bod komen door het verouderen van de bevolking en ook naarmate er meer problemen oprijzen in tehuizen en verpleegsinstellingen.

De huidige psychogeriatrie is niet meer beperkt tot seniele dementie en arteriosclerose, noch tot ongeneesbare geestesstoornissen, die enkel opsluiting kunnen meebrengen.

Het is de grootste verdienste van de psychogeriatrie begrepen te hebben dat de vertrouwensrelatie met de zieke bejaarde, hoe afgezonderd en afgetakeld hij ook weze, altijd mogelijk is en vurig door hem wordt betracht. Daarom moet de psychogeriatrie in bejaardeninstellingen het oude asielsysteem de plaats doen ruimen voor een dynamisch systeem, waarin de bejaarde zijn laatste levensdagen kan slijten (35).

Men bemerkt vlug dat vele geestesstoornissen kunnen voorkomen en zelfs genezen worden, indien men de veelvuldige interacties van somatische, psychologische en sociale factoren in de geestesgezondheid van de bejaarde inziet.

De practicus stelt te gemakkelijk de diagnose van seniele dementie, met als gevolg voor de bejaarde en zijn familie, een toestand van berusting en verlatenheid. Daarop volgt passieve therapie, een ogenblik waar vaak de aftakeling kan geremd worden door gepaste maatregelen.

De psychogeriater kent de mogelijkheden van de revalidatie van de geestesgestoorde bejaarde : hij is bewust van de waarde van de persoonlijkheid van de verouderende mens. Zijn behandeling beperkt zich niet tot het toedienen van geneesmiddelen, maar ook moet hij de zieke benaderen met overlegd begrip. Zijn houding tegenover de veroudering is dan ook zeer specifiek.

Hoe zal men die psychogeriaters vormen? Wij zijn van mening dat de beste geriater een internist is met psychiatrische roeping. Dit schijnt tegensprekelijk te zijn. Nochtans toont de klinische geriatrie hoe nauw somatische en psychosomatische problemen gebonden zijn aan de readaptatiemogelijkheden van de patiënt, welke ook doorwegen kan volgens het geval. Kortom de zorgen aan bejaarden in algemeen ziekenhuis, psychiatrische instelling of geriatrisch hospitaal zijn steeds somatisch en neuropsychiatrisch en de vorming van de geriater zal dus tweevoudig zijn, interne geneeskunde en neuropsychiatrie.

INTERNATIONAAL CONGRES VOOR GERONTOPSYCHIATRIE

Brussel en Luik · september 1972

SLOTVERGADERING : SYNTHESE VAN DE VERSLAGEN

voorgesteld door Dr. J. Clerens,

Voorzitter van de Nationale Stichting voor Bejaarden.

« *The time nas come for a larger amount of coordinated research into physical as well as clinical investigation and treatment of the brain as the organ of the mind.* »

The Lancet (4 dec. 1971).

Een zeer omvangrijk medisch-sociaal materiaal werd ons verstrekt, zowel door de talrijke ingezonden onderwerpen als door de mondeling ingediende samenvattingen en synthesen.

U zult ongetwijfeld niet van mij verwachten dat ik U thans een synthese verstrek die op alle ingediende verslagen kan worden toegepast.

Ik geef U thans deze uitgebreide documentatie zodat U ze kunt lezen, overdenken en overwegen; wanneer U weer thuisgekomen bent, kunt U overgaan tot een rustig laten bezinken van alles wat mondeling of schriftelijk naar voren werd gebracht.

In het kort samengevat is het reeds overduidelijk dat een probleem van de gerontopsychiatrie in Afrika niet bestaat; daar 1 tot 7 % van de personen ouder is dan 60 jaar, is dit weinig in vergelijking met de 13, 14 of 15 % van onze beschaafde landen in het Westen. De Afrikaanse maatschappij is echter in volle ontwikkeling; men tracht geleidelijk aan het historische patriarchaat te verzaken. De enige problemen die gesteld worden, betreffen alcoholisme en voedseltekorten.

Wat Latijns Amerika betreft, hebben wij helaas slechts een zeer beperkte echo gehoord doch wij weten dat pauperisme en het leven aan de zelfkant zeer grote, uiterst moeilijk oplosbare problemen vormen en deze hebben zeer zeker de voorrang boven de algemene gerontologische problemen.

In Europa en tevens in Noord-Amerika worden in bepaalde landen problemen bestudeerd met gedeeltelijke resultaten.

Andere landen hebben uiterst aanvaardbare modelverwezenlijkingen op hun actief : dit is het geval in Engeland, Nederland en de Scandinavische landen. En dit is tevens het geval, mogen we met trots zeggen, in België.

Na verschillende verslagen doorgelezen te hebben en na alle vergaderingen voorgezeten te hebben, zou ik persoonlijk U slechts willen voorstellen hetgeen ik gaarne een zekere filosofie van de gerontopsychiatrische ontwikkelingsgang zou willen noemen.

* * *

De mens van de twintigste eeuw die in een wereld leeft waarin de geestelijke structuren een algehele wijziging ondergaan, vraagt een nieuwe houding met het oog op de huidige situatie waarvoor hij geplaatst wordt.

De groepsgeneeskunde bleek geleidelijk aan onmisbaar te zijn naarmate de medische wetenschap ingewikkelder werd. Het betreft hier een samenwerking die de neiging vertoont de patiënt een zo volledig mogelijke zorgvuldige bestudering te verschaffen met het oog op een nauwkeurige diagnose waardoor alsdan de therapie gemakkelijker en efficiënter gedaan kan worden.

Wanneer ik spreek over de noodzakelijkheid van een teamgeest, dan wens ik uiteraard vooral te zinspelen op de samenwerking die er moet bestaan tussen de gerontologen enerzijds en de psychiaters anderzijds.

De gerontopsychiatrie biedt de mogelijkheid het probleem van de uit het relationele netwerk gevormde « krankzinnigheid » te behandelen door niet alleen de geesteszieke te verplegen doch tevens zijn familie en leefmilieu. Het betreft hier een kwestie van begrijpen, verzorgen, herstellen en verbeteren van het geheel.

De « krankzinnige » mag niet meer uit de maatschappij worden gesloten waarvan de verdedigingstaak, al even ouderwets als hoogdravend, niet meer haar plaats vindt in de gerontopsychiatrie van onze tijd.

Tevens moeten de verschijnselen waarmee men te maken heeft, worden ingedeeld : *het blijkt onmogelijk een rationele therapeutische gedragslijn voor te stellen wanneer niet van tevoren een bepaling van de waarde van de organische, biologische, sociale en psychische factoren wordt gemaakt.*

Uit onwetendheid of een zekere traagheid van geest stelt men zich helaas te vaak nog tevreden met een etiket, bijvoorbeeld dat van « seniele dementie » waarvan de werkelijkheid niet altijd of zelfs niet frekwent tegen een grondig onderzoek bestand is.

De diverse reactietypen van het centrale en randzenuwstelsel kunnen in enkele rubrieken schematisch worden voorgesteld en zijn bij alle individuen gelijk.

In de psychiatrie behoort het verloochenen van het verleden en zijn krankzinnigeninrichtingen noch tot een wil alles maar te willen omverwerpen, noch tot een wens om iets nieuws in te voeren doch tot een verplichting en een gebiedende eis tot actie over te gaan en het vervangen van de lijdzaamheid van weleer door een steeds meer opbouwende therapeutische houding.

De ideale plaats voor de verpleging is niet meer het gespecialiseerde en gesloten instituut als bewaarplaats van de « gek » en de zogenaamde beschermer van de maatschappij doch het algemene ziekenhuis of het geriatrische ziekenhuis en hiermee het leefmilieu van de patiënt : zijn familie, zijn omgeving en zijn leefmilieu.

Bij de gerontopsychiater en de huisarts voegen zich andere verzorgers van de geestelijke gezondheid : de psychiatrische verpleegsters, de maatschappelijke werksters, de kinesisten, de ergotherapeuten, de spraakkundigen, de psychologen en tenslotte iedereen die met de patiënt in aanraking komt.

Nu de ratel van de melaatsen van weleer en de ongerechtvaardigde en niet te wettigen afstanden verdwenen zijn, moet de geesteszieke in zijn maatschappelijke omgeving blijven of terugkeren, dank zij namelijk de medicamenteuze behandelingen en alle vormen van revalidatie en het opnemen in de gemeenschap.

Lijdzaamheid en fatalisme hebben geen burgerrecht meer. De psychotrope geneesmiddelen hebben de « gek » genezen. Deze geneesmiddelen moeten tevens de geriater en de psychiater genezen want de voormalige nosographie kraakt aan alle kanten om plaats te maken voor een meer biologische, meer organicische en meer metabolische opvatting van de geestesziekte. Het cerebrale metabolisme moet beter bestudeerd worden : niet alleen de kwantitatieve en kwalitatieve tekortkomingen in de circulatie, de hypoxie en de hypoglycaemie doch tevens en wellicht vooral het metabolisme van de aminozuren.

Verder boezemt de psychopaat zijn omgeving geen angst meer in en brengt deze evenmin in opspraak doch hindert deze ten hoogste en alsdan wordt een meer begrijpende en tevens meer samenwerkende houding gemakkelijker in het kader van de in te stellen therapie.

Zodoende hebben gedwongen afzondering, opsluiting of plaatsing geen redenen van bestaan meer en de tijdelijke opname in de psychiatrische afdeling, hetzij van het algemene ziekenhuis, hetzij van het geriatrische ziekenhuis is voldoende in afwachting van een terugkeer naar het werkelijke of vervangende gezinsmilieu; een terugkeer die steeds zo snel mogelijk zou moeten geschieden.

Derhalve dienen dagziekenhuis en hulp te huis in al hun medisch-sociale vormen deze taak over te nemen om de patiënt — en dit werd reeds op deze laatste dag dikwijls gezegd — in de gemeenschap van de maatschappij te kunnen handhaven.

Het plattelandsleven van vroeger is een anachronisme geworden in een maatschappelijk verband waarin momenteel de opeenstapeling overheerst van de aan de dichter Verhaeren zo geliefkoosde « villes tentaculaires ».

In onze beschaving van de twintigste eeuw wordt het « recht op de gezondheid » algemeen erkend. Er moet dus een ontwikkeling worden gezocht naar een technische toestand voor de vestiging van de hulpmiddelen die onmisbaar zijn voor de verwezenlijking van deze doeleinden.

Het ontwerp van de medische wetenschap kan zodoende niet de opsluiting, de isolering en de definitieve verwijdering uit het maatschappelijk leven van dit « afwijkende individu » (Hochman) zijn, vastgeroest in een even starre categorie als de horizon van zijn bestaan doch moet een groepsactie zijn, een therapeutisch systeem, gevestigd in het midden van de verantwoordelijke maatschappij die optreedt met de medewerking van alle leden die met het oog hierop werden opgeleid.

De geestesziekte moet, zoals de delinquencia, worden beschouwd als een « spel » dat met verschillende deelnemers wordt gespeeld en waarin de verpleegde en de verplegenden slechts één enkel team, vol begrip, vormen.

De patiënt moet worden teruggebracht en opnieuw opgenomen in de maatschappij, ongeacht zijn leeftijd.

Deze basisregels die reeds twintig jaar geleden op bescheiden wijze werden geschetst bij het begin van de psychotrope geneesmiddelen en die geleidelijk aan werden ontwikkeld en aangevuld in het licht van de verworven ervaringen, kunnen thans worden voorgesteld als een gewichtige aanwinst en kunnen worden gebruikt om als voorbeeld te dienen voor een volkomen nieuwe therapie.

Onze actie moet tevens kritisch zijn; dat wil zeggen, de wens en uitdrukking zijn van een onontbeerlijke verandering in de houding van onze maatschappij ten opzichte van de psychosen in het algemeen en de gerontopsychiatrie in het bijzonder. Deze verandering moet op het vlak van de wetgeving worden gedaan, de instituten, de geneesheren en paramedische instellingen met het aan de kaak stellen van de geestesgesteldheid van de massa die maar al te dikwijls ongunstig is met betrekking tot deze problemen.

Deze strijd, deze propaganda willen wij zowel op politiek, medisch als sociaal-economisch vlak voeren. Het betreft namelijk een probleem dat uitgaven inhoudt die in de hoogste mate rentabel zijn doch echter op voorwaarde dat de overheid in het begin de onmisbare financiële steun wil verstrekken voor het opstellen en de werking van de beslist noodzakelijke nieuwe instituten.

Net zo goed als het kind dat door zijn moeder wordt gedragen, geen geïsoleerd, afzonderlijk of apart wezen is, behoort de geesteszieke steeds tot de maatschappij en daar hij in het midden van deze maatschappij leeft, moet zij zich met hem bezighouden en hem helpen via alle economische, maatschappelijke en medische middelen die de wetenschap ter beschikking van de mensheid stelt.

Verwijdering, vrijheidsberoving en apartheid moeten krachtig verworpen worden; afhankelijkheid van de familie en een biologische, maatschappelijke en economische afhankelijkheid van de seniele krankzinnige moeten in deze humanistische houding hun oplossing vinden. Nalatigheid, bezorgdheid om de afscheiding, depressie en agressie die

zo dikwijls aan de pathologische gedragingen ten grondslag liggen, moeten uit de weg geruimd worden. Zonder de nabijheid van de familie, kwijnt de verhouding weg, verdwijnt en gaat deze ten onder in de eenzaamheid waarvan de uiteindelijke loop helaas te dikwijls de zelfmoord als laatste fase tot gevolg heeft.

Integendeel, een terugkeer tot het psychische en biologische evenwicht zal de beste waarborg vormen voor een evenwichtige maatschappelijke handhaving.

Juist tot deze krachtige actie van een team, bestaande uit geneesheren — gerontologen en psychiaters — sociologen, psychologen, verpleegsters, kinesisten, ergotherapeuten en leden van de maatschappelijke Welfare nodig ik U uit.

Victor Hugo zegt in zijn *Légende des Siècles :* « In de ogen van de jeugd is een vlam doch in het oog van de grijsaard is licht ». Moge ik de wens tot uitdrukking brengen dat uw jeugdige vlam ertoe bijdraagt dit licht zo lang mogelijk te bewaren.

ORGANISATIE VAN VOORLICHTINGS-CENTRA VOOR BEJAARDE PERSONEN

door M. Asiel,

Lectrice aan de U.L.B.
Adjunct-Arts Ziekenhuizen (C.O.O., Brussel).

I. INLEIDING.

Hoe zal onze ouderdom zijn? Slechts weinigen van ons hebben de tijd genomen of hebben tijd om hieraan te denken. Ook zijn er slechts weinigen die deze hebben voorbereid of zullen voorbereiden.

Indien wij derhalve onwetend zijn van hetgeen ons in een allernaaste toekomst te wachten staat, is het onbegrijpelijk dat zij die reeds tot de derde leeftijd behoren, hoewel niet direct voor het onbekende staan, dan toch wel minstens voor nieuwe persoonlijke situaties waarvoor geen enkele voorbereiding werd voorzien of gevolgd.

Het voorbereiden op de ouderdom moet vroeg beginnen omdat er verrichtingen zijn die zich opdringen vanaf het deelnemen aan het actieve leven (pensioen), omdat er situaties zijn die een langzame ontwikkelingsgang kennen (gebrekkigheid) en omdat er denkbeelden zijn die veel tijd nodig hebben om tot rijpheid en tot stand te komen (pensionering, nieuwe activiteiten, opgeruimdheid).

Wanneer dit niet in de loop der jaren werd gedaan, doemen de aan de ouderdom eigen moeilijkheden plotseling op; de bejaarde persoon moet alsdan snel, objectief en doeltreffend worden voorgelicht over de eenvoudigste en meest toegeëigende middelen om deze moeilijkheden op te lossen. Wanneer we dit zeggen, dan betekent dit dat we twee richtingen aan onze doelstellingen geven.

De ene gaat in de richting van de voorlichting, ongeacht welke deze is, terwijl de andere naar een voorlichting gaat die afhankelijk van het geval werd gekozen, waaraan een persoonlijke stempel werd gegeven en een poging doet om het probleem op te lossen. De onvoldoende voorlichting van de bejaarde personen betrekt hen niet alleen hierbij doch houdt hen voor deze toestand verantwoordelijk die uit roeping of wegens hun beroep de gevolgen van het ouder worden kennen en tot taak hebben de gevolgen hiervan uit te schakelen of in ieder geval tot een minimum terug te brengen. Dit betekent een omvangrijk probleem wegens het aantal personen dat hierbij betrokken is en de grote verscheidenheid van de aspecten die dit probleem kan aannemen. Zo dit tot nu toe werd veronachtzaamd, dan komt dit omdat zijn weerslag op het economische leven van het land onvoldoende bekend was.

Terwijl het uit gevoelsoverwegingen wordt gewaardeerd en het economisch gunstig is zich bezig te houden met de problemen van het jonge kind en de jeugd, scheen het geen zin te hebben zich bezig te houden met individuen van wie de toekomstige rentabiliteit nihil was en van wie de fysische achteruitgang onvermijdelijk en niet vervangbaar was. Deze laatste verklaring wordt hoe langer hoe meer verweten geen stand te kunnen houden: fysiologisch ouder worden betekent geen aftakeling, ouderdom betekent geen dood gewicht; het individu moet de mogelijkheid gegeven worden te leven in een aangepast milieu terwijl de aanpassing van dit individu aan de veranderingen van

de omstandigheden van het interne of externe leefmilieu begunstigd moet worden.

II. NOODZAKELIJKHEID EN HOEDANIGHEDEN VAN DE VOORLICHTING.

Wanneer het individu een gevorderde leeftijd heeft bereikt, heeft het geen maatschappij gevonden die het aanvaardt terwijl het individu in de onmogelijkheid werd gebracht een geschikt psychologisch en materieel leefmilieu te vinden. Juist wanneer hij voelt in het nauw gedreven te zijn, geeft het individu zich rekenschap van de kortzichtigheid van een en ander.

Een groot aantal bejaarde personen nemen, wanneer zij voor de moeilijkheden komen te staan, een houding van berusting en zwijgen aan. Een bepaald aantal daarentegen geven uiting aan hun ontevredenheid doch blijven ook passief. Deze apathie houdt de omgeving in de onwetendheid van de gebreken, een omgeving die hoe langer hoe meer wegens zijn leeftijd een passieve houding niet kan goedkeuren en zich verzet tegen een geweeklaag waaraan geen einde komt. De bejaarde persoon blijft dus alleen met zijn problemen worstelen.

De cyclus begint opnieuw, de leden van de familie worden op hun beurt ook oud en zijn al even weinig op de hoogte van de problemen en al even weinig voorbereid als de ouderen.

Voorlichting is dus noodzakelijk voor zover deze in ieder opzicht ontdaan is van alle verkeerde gegevens, oneigenlijke uitgebreide opvattingen en oplossingen door persoonlijke ingevingen.

Wil een voorlichting aanvaardbaar zijn, dan moet deze objectief en nauwkeurig zijn en moet zij aan iedereen worden gegeven, in het bijzonder aan hen die de taak hebben deze voorlichting te verspreiden, dat wil zeggen onder andere aan de maatschappelijke werkers.

III. AARD VAN DE VOORLICHTING.

Het is verleidelijk te zeggen dat de problemen van de ouderdom van sociaal-medische aard zijn. Op deze wijze worden onder dezelfde benaming lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid, economisch statuut en beroeps- en gezinsmilieu bijeengebracht terwijl hieraan vooral eenzelfde betekenis wordt gegeven.

Het practische belang van de kwestie verdient een sterker doorgevoerd onderzoek. Met gebruikmaking van de ervaring van reeds in Frankrijk, Zwitserland en België gevestigde centra, heeft men getracht vast te stellen van welke orde een goede voorlichting zou moeten zijn.

Uit de aanvragen doch tevens uit de behoeften van de bejaarde personen uit sterk van elkaar verschillende streken, treden bepaalde overeenstemmingen en een bepaald gebrek aan overeenstemming aan het licht.

De overeenstemmingen zijn onafscheidelijk verbonden aan de onmogelijkheid van de bejaarde persoon voor zichzelf te zorgen in het moderne leven waarbij zijn lichamelijke toestand en zijn economische situatie van weinig belang zijn.

De vergelijking van de beweegredenen van de verzoeken gericht tot de Dienst SVP te Grenoble en het Voorlichtingscentrum voor bejaarde personen van de Rotary te Brussel is interessant.

In beide steden vertoont de globale omvang van de persoonlijke problemen in vergelijking met de interne en administratieve verhoudingen een sterke overeenkomst (70 % persoonlijke problemen van alle verzoeken). Doch in deze groep zelf vertoont de verdeling een aspect dat een volkomen ander verschil te zien geeft tussen Brussel en Grenoble.

Zodoende had op het geheel van de 5.444 verzoeken waarmee de Dienst SVP zich in 1969 te Grenoble heeft beziggehouden, meer dan een derde betrekking op een rechtskundig of administratief advies. In 1971 had te Brussel een vijfde gedeelte van 1.324 verzoeken een soortgelijk doel.

De medische problemen spelen zowel te Grenoble als te Brussel een rol voor minder dan een tiende van het geheel.

Het verzoek om een woning of onderdak is te Grenoble drie maal minder dan te Brussel in welke stad de aanvragen van dit type meer dan een achtste gedeelte van de verzoeken omvatten.

Te Brussel vormt de werkgelegenheid het voorwerp van een achtste gedeelte van de verzoeken; te Grenoble is dit aantal anderhalf maal groter.

Als men slechts een overzicht heeft van de in beide steden gevestigde medisch-sociale structuren, kan men het relatieve belang begrijpen dat ingenomen wordt door het onderdak en de woning enerzijds en de adviezen inzake rechtskundige en administratieve aangelegenheden en de tewerkstelling anderzijds.

De stad Grenoble streeft namelijk ten gunste van de bejaarde personen een versneld huisvestingsbeleid en hulp aan huis na, een dienstverlening die aldaar bij de bewoners welbekend is en sterk verschilt van hetgeen in Brussel wordt gedaan waar de hulp aan huis weinig ontwikkeld is en weinig bekendheid geniet.

De gevraagde inlichtingen vormen in feite de weerspiegeling van de bedrijvigheid of de tekorten van de medisch-sociale infrastructuur en mogen niet worden beschouwd als het werkelijke beeld van de behoeften van de bejaarde personen.

Bovendien heeft de oorspronkelijkheid van de personen of de instelling die het initiatief genomen hebben het Voorlichtingscentrum in het leven te roepen, eveneens een weerslag op de aard van de gevraagde diensten. Zodoende werd te Lausanne het Voorlichtingscentrum ontworpen en uitgevoerd door een medisch-sociaal team waar de helft van de verzoeken waarmee het centrum geconfronteerd wordt, het opnemen in een ziekenhuis en de plaatsing betreft en waar bijgevolg hulp en verzorging aan huis slechts in 7 % van de gevallen worden gevraagd.

Te Farciennes, een kleine gemeente van bijna 11.000 inwoners in het Belgische mijnbekken waar de hulpdiensten aan de gezinnen gevarieerd, goed georganiseerd en goed bekend zijn, centraliseert de SVP dienst die onder de Commissie van Openbare Onderstand valt, vooral de aanvragen voor het toekennen van deze verschillende diensten en moet slechts in zelden voorkomende gevallen antwoorden op een verzoek om plaatsing.

Uit de aangehaalde ervaringen kan een indeling van de verzoeken worden opgesteld die kwalitatief doch niet kwantitatief de behoeften van de bejaarde personen weergeeft. Deze indeling kan in het kort als volgt worden samengevat :

— Gezondheidsproblemen :
opnemen in het ziekenhuis, lang verblijf, verpleging thuis,, revalidatie.
— Pyschologische problemen :
eenzaamheid en afzondering, bezorgdheid, verkeerde aanpassing, werkeloosheid, vrijetijdsbesteding;
— Sociaal-economische problemen:
pensionering, werk, pensioen, woning, maaltijden, vervoer, bestaansmiddelen.

IV. TAAK VAN HET VOORLICHTINGSCETRUM.

Uit hetgeen voorafgaat kunnen twee stromingen van activiteiten worden afgeleid die door de voorlichtingscentra ontwikkeld worden.

De ene stroming verspreidt zuivere voorlichting terwijl de andere een practisch antwoord op de verzoeken verschaft of hiernaar een onderzoek instelt.

Centra van zeer verschillende aard kunnen uiterst gemakkelijk worden gerechtvaardigd in grote steden en elkaar op harmonieuze wijze aanvullen. Het gebruik van het ene of andere type hangt in heel wat gevallen af van de mate van cultuur van de bevolking. In kleinere agglomeraties waar het mondelinge doorgeven van de inlichtingen een belangrijke plaats innneemt en waar iedereen de maatschappelijke werkers kent, is het naast elkaar bestaan van twee diensten misschien in mindere mate gerechtvaardigd.

Niets verhindert evenwel het vormen van een dienst voor zuivere voorlichting voor het arrondissement of de provincie. Op dit niveau kan er een centralisatie van de gegevens zijn waarmee bijvoorbeeld een medisch-sociale

documentatie, een bibliografisch kaartsysteem en een bibliotheek ter beschikking van hen die dit wensen gesteld kunnen worden.

V. DE VERANTWOORDELIJKE PERSOON VOOR DE VOORLICHTING.

Het centrum kan worden opgericht door een privé en belangloos initiatief dat talrijke inlichtingen verschaft waaruit de gebruikers die gegevens kunnen kiezen welke het best met hun behoeften overeenkomen. Het voorlichtingscentrum kan tevens het resultaat zijn van een privé of openbare instelling die zelf over actiemiddelen beschikt welke aan bepaalde behoeften van de aanvragers beantwoorden. De SVP diensten te Farciennes of Grenoble vormen hiervan goede voorbeelden.

De gebruikers moeten de objectiviteit en de mate van vertrouwen die aan deze centra geschonken moeten worden, kennen en op hun juiste waarde schatten. Het ligt voor de hand dat een Commissie van Openbare Onderstand wanneer zij haar verantwoordelijkheid hierbij betrekt, verplicht is slechts die rusthuizen aan te bevelen welke door haar werden erkend en waarvan zij de betrouwbaarheid en leiding kent.

De Commissies van Openbare Onderstand hebben namelijk uit de aard der zaak, zoals andere instellingen, de plicht de belangen van de bejaarde personen die hun hulp vragen veilig te stellen doch tevens dienen zij zich te beschermen tegen een zowel morele als financiële misleiding van hen met wie zij zich belast.

De verantwoordelijke persoon of personen van een voorlichtingscentrum die de aanvrager naar de instelling of dienst « oriënteert » die beter geëigend schijnt te zijn voor het betreffend geval, hebben noodzakelijkerwijs andere gegevens tot hun beschikking dan zij die de klanten « inlichtingen verstrekken ».

Terwijl de tweede vooral de beschikking moet hebben over een goede documentalist, moet de eerstgenoemde bovendien personen in dienst hebben die volledig op de hoogte zijn van de technieken van de verzoeken in het algemeen en van het telefonische interview in het bijzonder. Zowel de een als de andere dient uiteraard op de hoogte te zijn van de problemen van de ouderdom en de chronische ziekten alsmede van de begrippen inzake de sociale wetgeving bij welke kennis de hoogst belangrijke eigenschap wordt toegevoegd dat men wel de grenzen van zijn eigen bevoegdheden moet kennen.

VI. HOE WERKT EEN VOORLICHTINGSCENTRUM ?

In de practijk omvat het beginnen met openbare of privé centra een voorbereidende fase, gecentreerd op de vorming van de verschillende kaartsystemen met inlichtingen welke betrekking hebben op de aanvragen waarvan verwacht wordt dat deze in de betrokken streek of wijk het meest frekwent zullen zijn. Bij wijze van de aanduiding kunnen worden aangehaald : de lijst met de rusthuizen, de diensten voor verpleging en hulp aan huis, de clubs, de filantropische en culturele instellingen, de instituten of instellingen die bevoegd zijn voor het verlenen van hulp op administratief en juridisch gebied en eventueeel op het gebied van de werkgelegenheid.

Wanneer de basisdocumentatie bijeengebracht is, kan het centrum starten met een betrekkelijk geringe personeelsbezetting voor zover een permanente dienst verzekerd is. Er mag namelijk geen sprake zijn de gevraagde hulp of inlichting van dag tot dag uit te stellen. De antwoorden moeten zo snel mogelijk gegeven worden terwijl de maximum termijn niet meer dan 48 uur mag bedragen.

Een goed georganiseerd centrum werkt hetzij de hele dag, hetzij halve dagen, op alle werkdagen van het jaar.

Het centrum geeft telefonisch antwoord doch het moet ook gemakkelijk door de bejaarde personen of hun familieleden bereikt kunnen worden. Met het oog hierop ligt de ideale situatie van een centrum in het midden van de wijk of de stad of op een plaats die gemakkelijk gevonden kan worden : gemeentehuis, gemeentebestuur, handelscen-

trum die door de openbare vervoermiddelen worden aangedaan en in de onmiddellijke omgeving parkeermogelijkheden bezitten.

Wanneer het grote agglomeraties betreft, is het nuttig de af te leggen afstanden te verminderen terwijl overwogen moet worden een bepaald aantal van deze centra op te richten.

Zelfs wanneer het stadstelefoonnet goed ontwikkeld is, maakt de bejaarde bevolking hiervan slechts zelden gebruik. Zowel te Grenoble als te Brussel werkte de telefoon slechts voor een derde gedeelte van de verzoeken. Een groot aantal telefonische aanvragen worden gevolgd door een bezoek aan het centrum voor nadere inlichtingen met het oog op het krijgen van een betere oplossing voor het gestelde probleem.

VII. PERSONEEL.

Het personeel dat in het begin slechts gering in aantal is, zal snel in omvang toenemen wanneer men zowel de dienstverlening wil verzorgen als de kaartsystemen bijhouden en de voorlichting wenst uit te breiden tot andere gebieden dan de beperkte terreinen in het begin.

Het aantal personen dat bij het centrum in dienst is, hangt uiteraard af van de numerieke omvang, de veranderlijkheid en de wijze van de verzoeken. Voor zover dit mogelijk is, moet men zich niet laten « inpalmen » door een kostbare en langzame schriftelijke behandeling van de verzoeken en de hieraan verbonden correspondentie.

De bekwaamheden van het personeel werden hierboven reeds aangehaald; de nadruk dient echter gelegd te worden op vriendelijkheid en snelheid van begrip van de verantwoordelijke personen.

VIII. LOKALEN.

Er moet gezorgd worden voor een wachtkamer, een kantoor voor de verantwoordelijke persoon en een administratief bijkantoor. Het eerste kantoor dient als spreekkamer omdat daar de bezoekers worden ontvangen. Niettemin moet het mogelijk zijn de telefoon in het administratiekantoor te beantwoorden als de spreekkamer bezet is. Ook moeten in het administratiekantoor de kaartsystemen worden ondergebracht en het secretariaat worden gevestigd.

De documentatie waarvan een gedeelte ter beschikking van de bezoekers in de wachtkamer wordt gesteld, kan hier worden opgeslagen. Deze lokalen die een gastvrij aspect moeten vertonen, moeten gemakkelijk bereikt kunnen worden, zonder trap en indien mogelijk gelijkvloers, met inbegrip van de aangrenzende toiletruimten.

IX. AAN DE WERKING VERBONDEN KOSTEN.

De eerste investeringen kunnen zo op het eerste gezicht aan de hoge kant lijden doch de uitgegeven geldbedragen zijn gering in vergelijking met de omvang van de verstrekte diensten.

Bij wijze van aanduiding moet, wanneer het centrum volledig zelfstandig is, het salaris van een maatschappelijke assistente worden voorzien alsmede de sociale lasten die hieraan verbonden zijn. Tevens moet het salaris van een tijdelijke plaatsvervangster worden voorzien wanneer eerstgenoemde met vacantie is, evenals de huur van de lokalen, de reis- en kantoorkosten alsmede de kosten voor het onderhoud.

Vrijwillige hulpkrachten kunnen meewerken aan het opberg- en administratieve werk doch dit is niet altijd mogelijk en hangt af van de uitgestrektheid van de verzorgde streek.

X. BETREKKINGEN MET DE BUITENWERELD. BEKENDMAKING.

Men mag er niet voor terugschrikken te zeggen dat het aan gang komen van een voorlichtingscentrum gepaard gaat met een zekere mate van bekendmaking. Dit is trouwens reeds een wijze van voorlichting. Drukwerken, algemene pers, vakpers, radio, televisie en aanplakbiljetten op openbare plaatsen en

in de openbare vervoermiddelen kunnen een zeer ruime mate van ruchtbaarheid verzorgen.

De beste propaganda blijft echter ondanks alles de tevredenheid van de betrokken personen en de aantrekkingskracht die het centrum heeft, zowel in zijn eigen gemeente als daarbuiten.

XI. CONCLUSIE.

De voorlichtingscentra zullen in de eerstkomende jaren een hoogst belangrijke rol te vervullen krijgen. Dank zij deze centra kunnen de verzoeken beter begrepen en georganiseerd worden terwijl beter voldaan kan worden aan de behoeften van de bejaarde bevolking die steeds groter in aantal wordt.

Genoemde centra zullen bijdragen aan de opleiding van de personen die belangstelling voor de gerontologische problemen koesteren: artsen, maatschappelijke werkers, administratief en leidinggevend personeel van rusthuizen doch zij zullen vooral hun bijdrage leveren aan de voorlichting en scholing van het publiek en de toekomstige gebruikers.

De beide opvattingen die men van het voorlichtingscentrum heeft kunnen, zoals reeds eerder werd gezegd, naast elkaar bestaan en elkaar aanvullen.

Een zeer algemene voorlichting oriënteert de aanvrager naar een keuze aan oplossingen doch het voorlichtingscentrum van een particuliere instelling kan gemakkelijker inlichtingen verstrekken over zijn gespecialiseerde diensten die gelijktijdig zouden worden gevraagd voor het oplossen van het probleem van de aanvrager. De voorgestelde oplossingen hebben reeds veel meer een persoonlijk karakter en kunnen hierdoor beter aangepast aan het beoogde geval lijken.

Wanneer deze oplossingen daarentegen niet door de aanvrager worden aanvaard, is er voor hem geen enkel bezwaar zich tot het meer algemene voorlichtingscentrum te wenden.

Deze samenwerking die zo rijk aan onderrichtingen voor beide instellingen is, zal bovendien het voordeel hebben de bejaarde persoon of zijn familie aan zijn eigen levensloop te doen deelnemen.

In een eerste beschrijving van de voorlichtingscentra was het niet mogelijk uit te weiden over de psychologische en sociologische overwegingen die aan de vorming van deze centra ten grondslag liggen. Het kan voor de lezer interessant zijn de geschriften te lezen van hen die ons in het buitenland op deze weg reeds zijn voorgegaan : Villa en Scherler te Lausanne, Philibert en Hugonot te Grenoble, Junod en Charles te Genève en nog vele anderen. Verder zal het voor de toekomstige promotors evenzeer belangwekkend zijn te zien hoe de enkele centra werken die in ons land gevestigd zijn en welke centra dringend in aantal uitgebreid dienen te worden.

PROBLEMEN IN VERBAND MET DE WETGEVING OP DE RUSTOORDEN VOOR BEJAARDEN

door J. Selvais,

Voorzitter van de Studiegroep van de N.S.B.

Inleiding.

De Belgische wetgeving op de rustoorden voor bejaarden (=R.B. verder in de tekst) is van zeer recente datum.

De wet van 12 juli 1966 op de rustoorden voor bejaarden verscheen in het *Belgisch* Staatsblad van 8 september 1966.

Deze wet trad in voege op 18 september 1966; hierdoor werd het beheer van een R.B. geregeld.

Ieder in artikel 1 van deze wet omschreven inrichting moet worden erkend door de minister onder wie de openbare onderstand ressorteert (verder Minister van Volksgezondheid genoemd). Hij die dergelijke inrichting exploiteert zonder de erkenning te hebben bekomen kan strafrechterlijk worden vervolgd.

Zowel kwalitatief als kwantitatief is de invloed van de wet reeds duidelijk merkbaar. In de besluiten van dit rapport zullen wij hierover verder uitwijden.

In het Parlement werd onlangs een tweede deel van het wettelijk statuut van de R.B. gestemd; het betreft de wet van 22 maart 1971 (*B.S.* van 7 april 1971) tot subsidiëring van de bouw van rustoorden voor bejaarden. De nieuwe beschikkingen zijn toepasselijk op dezelfde inrichtingen zoals die beschreven werden in artikel 1 van de wet van 12 juli 1966.

Daar het een identiek toepassingsgebied betreft zullen wij in dit rapport zowel de wet van 1966 als die van 1971, evenals de uitvoeringsbesluiten van deze wetten, behandelen.

De werkgroep besloot dit onderzoek in zeven hoofdstukken te verdelen, om de problemen involge de wetgeving onstaan in een logische volgorde te rangschikken :

1. Toepassingsgebied van de wetgeving. Enkele bepalingen.
2. Materiële normen van de huisvesting. Veiligheid en geschiktheid der gebouwen.
3. Normen in verband met het welzijn en de voldoening van de gebruikers.
4. Erkenning. Nazicht der normen en voorwaarden. Procedure.
5. Toezicht en kontrole. Strafmaatregelen.
6. Financiële aspecten. Subsidiëring.
7. Criteria. Programma. Besluiten.

Hoofdstuk I.

TOEPASSINGSGEBIED VAN DE WETGEVING. BEPALINGEN.

Het toepassingsgebied wordt bepaald in artikel 1 van de wet van 12 juli 1966. Uitgaande van dit artikel zullen wij de juiste draagwijdte van de gebruikte termen nader omschrijven en nagaan of enkele paragrafen van andere artikelen in dit hoofdstuk ook moeten worden toegelicht.

A. Tekst van artikel 1 van de wet van 12 juli 1966.

« Deze wet is van toepassing op alle verblijfsinrichtingen, beheerd door een publiekrechtelijke of door een privaatrechtelijke persoon, die onder de benaming van of in de hoedanigheid van « rusthuis », « rustoord », « tehuis voor ouden van dagen » aan personen van 60 jaar of ouder, die er op duurzame wijze verblijven, huisvesting bieden, met gehele of gedeeltelijke huishoudelijke- en gezinsverzorging.

» De Koning kan de opsomming van artikel 1 aanvullen door er elke andere benaming aan toe te voegen, na advies van de bij artikel 4 ingestelde commissie te hebben ingewonnen. »

Verblijfsinrichtingen.

Er is toepassing van de wet zodra het gaat om een « inrichting », t.t.z. oprichting en inrichting van een instelling om bejaarden huisvesting te verlenen. Dit zal niet het geval zijn wanneer bejaarden verblijven in een midden dat geen « verblijfsinrichting » is. Aldus beantwoordt de opname van een bejaarde in een gezin niet aan het begrip « inrichting ».

Verblijf, huisvesting, duurzaam verblijf.

Al deze termen komen voor in de bepaling van de inrichtingen waarop de wet van toepassing is. Door deze termen samen te brengen in de definitie wordt iedere betwisting omtrent de woorden verblijf of huisvesting vermeden. De wet bepaalt uitdrukkelijk dat ze van toepassing is op alle verblijfsinrichtingen die huisvesting bieden aan personen die er op duurzame wijze verblijven.

Met andere woorden de wet is van toepassing op de instelllingen waar personen op een duurzame wijze verblijven. Daarentegen is zij niet van toepassing daar waar personen, die elders hun woonplaats behouden, tijdelijk of bij gelegenheid geherbergd worden, zoals bijvoorbeeld in hotels, vakantietehuizen, verzorgingsinstellingen, enz.

Toch kunnen dergelijke instellingen onder toepassing van de wet vallen, wanneer meer dan één bejaarde persoon er zich blijvend vestigt en er zijn woonplaats overbrengt, en de instelling tevens aan de overige vereisten van artikel 1 van de wet voldoet. Aldus kunnen inrichtingen, zoals een familiepensioen of een kindertehuis die normaal niet onder deze wet vallen, toch aan de wettelijke bepalingen onderworpen worden zodra ook bejaarde personen blijvend opgenomen worden (ten minste twee).

Onder de benaming van of in de hoedanigheid van...

Met het alternatief gebruik van voornoemde termen bedoelde de wetgever niet alleen die instellingen, die onder een der benamingen in artikel 1 vermeld, fungeren, maar ook die welke onder een andere benaming soortgelijke activiteiten uitoefenen, die men als het uitbaten van een bejaardentehuis kan bestempelen.

Huishoudelijke en gezinsverzorging.

Het blijkt niet noodzakelijk te zijn de zorgen te omschrijven waarmede een persoon in gezinsverband omring wordt; men kan zich evenwel afvragen of er in dit wetsbegrip, en in welke mate dan, uitsluiting kan zijn van medische verzorging. Wat dit betreft heeft de minister ter gelegenheid van een bespreking in het Parlement het volgende geantwoord : « Men dient dit begrip te onderscheiden van dit van de medische verzorging; het betreft enkel de gewone lichaamsverzorging en alles wat daarmee verband houdt : de was, de schoonmaak, enz., kortom alles waaraan de belanghebbenden in het gewone dagelijkse leven behoefte hebben ».

Ongetwijfeld is het organiseren van medische of zelfs paramedische zorgen geen karakteristieke factor voor een rustoord voor bejaarden in de zin van de wet van 12 juli 1966.

Door het samenbrengen van verschillende bejaarde personen in een gebouw zal de verantwoordelijke van een inrichting vanzelfsprekend geregeld een dokter moeten ontbieden; die bezoeken zullen als gewone huisbezoeken door een huisdokter aanzien worden. Daarom is het principe van de vrije

dokterkeuze in de uitvoeringsbesluiten voorzien.

Geheel of gedeeltelijk.

Opdat er van een rustoord sprake zou zijn, eist de wet niet dat de huishoudelijke of gezinsverzorging, in haar geheel, door de verantwoordelijke van de instelling zou verzekerd zijn. Het verdient trouwens aanbeveling dat bejaarde personen, die over zoveel vrije tijd beschikken, bezigheden zouden kunnen uitoefenen aan hun geestelijke en fysische geschiktheid aangepast.

Aan personen.

Het gebruik in de tekst van het woord « personen », gewoon in het meervoud, heeft een bepaalde betekenis. De oorspronkelijke wetsvoorstellen beoogden enkel de instellingen welke ten minste vijf bejaarde personen opnamen, zoals dit in Nederland het geval is, waar de rustoorden voor bejaarden onderworpen zijn aan een wet van 10 januari 1963.

Bij de bespreking in het Parlement werd beslist geen minimum aantal te bepalen en de wet toepasselijk te maken op alle instellingen waar bejaarden opgenomen worden. Het Parlement heeft dus welbewust de meervoudsvorm gebruikt zonder een minimum aantal aan te duiden met het praktisch gevolg dat de wet van toepassing is zodra twee bejaarde personen in een rustoord opgenomen worden.

Van 60 jaar en ouder.

Deze termen zijn zeer duidelijk en vragen dus geen nadere uitleg. Toch willen wij doen opmerken dat deze minimum leeftijd in de Belgische wetgeving verschilt van deze in de Nederlandse wetgeving die nochtans de Belgische wetgever geïnspireerd heeft.

Inderdaad, in Nederland wordt bij artikel 1 van de bovenvermelde wet van 10 januari 1963, 65 jaar als de leeftijd beschouwd waarop een kostganger als « bejaarde » wordt aanzien. Het ware wellicht interessant hierover verder uit te wijden.

Inderdaad, alhoewel de ouderdom van 60 jaar de opruststelling medebrengt voor zekere categoriën van arbeiders, moet men daaruit niet besluiten dat de overgang van 59 tot 60 jaar het overschrijden betekent van een scheidsmuur van bijzonder belang tussen de ouderdomsklassen.

De geriaters zeggen ons dat de preventie der veroudering geen lokvogel is; het zou dus logisch zijn het begin ervan te verschuiven liever dan het te bespoedigen.

Wat de rusthuizen betreft leren ons de statistieken dat voornamelijk de oudste klassen er belang in stellen.

Op een totaal 22.607 personen die in de rusthuizen van de publieke sektor verblijven, telde men einde december 1966 :

9,8 % personen van minder dan 65 jaar;
26,9 % » » 66 tot 75 jaar;
45,5 % » » 76 tot 85 jaar;
17,8 % » » 86 jaar en meer.

B. Gebruikte termen.

Zekere persoonscategoriën.

(Wet van 22 maart 1971, art. 5 § 2.)

De ontleding der termen van artikel 1 van de wet van juli 1966 nopens de goedkeuring geeft ons nogal nauwkeurige inlichtingen nopens de natuur der bedoelde inrichtingen en de personen die er de normale klanten van uitmaken.

De wet van 1971, die toelagen vergunt, verklaart uitdrukkelijk in haar artikel 1 dat ze van toepassing is op de inrichtingen aangehaald in het artikel 1 van de wet van 1966. Nochtans bevat deze wet de volgende schikkingen :

« De Koning mag, op advies van de kommissie aangehaald in artikel 4, andere voorwaarden vaststellen aangaande de toelating van zekere personencategoriën. » (Art. 5, § 2.)

Deze tekst openbaart dat de wetgever in 1971 geacht heeft de druk te moeten leggen op zekere categoriën van bejaarden, terwijl in 1966 de teksten nopens deze zaak in zeer algemene termen voorkwamen.

Men mag zich afvragen wat de wetgever bedoelt met « zekere personencategoriën ».

In het wetsvoorstel van 13 juni 1969, ingediend door de HH. Hulpiau en consorten (Parl. Doc., n^{r} 430, 1968-1969, Senaat), zegt het artikel 5, § 2 : « De Koning mag, op advies van de commissie aangehaald in arti-

kel 3, andere voorwaarden vaststellen aangaande de toelating der behoeftigen geciteerd in artikel 66, alinea 2, van de wet van 10 maart 1925 ».

De auteur van het voorstel denkt dat een maximum waarborgen moeten in de wet beschreven worden aangaande het sociaal karakter der instellingen vatbaar voor toelage.

De H. Namèche, minister van Volksgezondheid, heeft verscheidene amendementen van de regering voorgesteld aangaande het wetsontwerp. Hij heeft onder meer voorgestelt dat artikel 5, § 2, als volgt zou gewijzigd worden : « De Koning mag, op advies van de commissie aangehaald in artikel 4, andere voorwaarden voorstellen aangaande de toelating van zekere persoonscategoriën ».

Ziehier de rechtvaardiging van deze nieuwe tekst : « De andere voorwaarden waarvan sprake in § 2 mogen niet alleen de bijkomende waarborgen aangaande het sociaal karakter der gesubsidiëerde inrichtingen, zoals de auteurs van het wetsontwerp het ingegeven hebben, maar ook de bepaling van een zekere verhouding bedden voor valide of minder valide kostgangers te wederhouden ». (Parl. Doc. nr 49, 1970-1971, Senaat.)

In het verslag opgesteld door de H. Vuylsteke in naam der gezondheidskommissie van de Senaat (Parl. Doc. nr 94, 1970-1971, Senaat), vindt men nog de volgende opmerking :

« De Minister heeft er bijgevoegd dat het amendement voorgesteld voor paragraaf 2 de toestand van een speciaal voornaam probleem wil oplossen. Het tracht inderdaad te eisen, dat, bij het opbouwen van rusthuizen voor bejaarden, een deel van het gebouw zou bestemd zijn voor weinig valide personen en aangepast aan hun noden. Door weinig valide personen bedoelt men degene die verzorging nodig hebben uitgesloten medische behandeling verschaft in hospitalen.

» Een lid van de Senaat heeft bepaald dat het hier gaat om personen die hulp nodig hebben, de chronische zieken uitgesloten, zelfs wanneer deze in nood verkeren. Tot deze categorie van personen behoren ook zekere gehandikapten. »

In het licht van wat we komen uiteen te zetten met deze uittreksels van de voorbereidende studies van de wet van 22 maart 19871 is het ons natuurlijk mogelijk de volgende definitie te geven betreffende « zekere persoonscategoriën ».

Het gaat hier om :

1) oude personen die niet in staat zijn zelf de totale prijs van het pensioen in een rusthuis te betalen;

2) « weinig valide personen » d.i. wier plaatsing in een rusthuis wenselijk of noodzakelijk is omdat ze geholpen dienen te worden in de volbrenging van de essentiële leefsactiviteiten en/of met een speciale aandacht moeten opgevolgd worden.

Hoofdstuk II.

DE MATERIELE HUISVESTINGSVOORWAARDEN. VEILIGHEID EN AANPASSING DER GEBOUWEN.

Hoofdstuk 2 van de wet van 12 juli 1966 bepaalt de voorwaarden waaraan moet worden voldaan voor de huisvesting van ouden van dagen.

Artikel 2, § 1, vermeldt :

« Ieder in artikel 1 van de wet omschreven inrichting moet worden erkend door de minister onder wie de openbare onderstand ressorteert. Deze erkenning geldt slechts voor de inrichting waarvoor ze is toegekend ».

Artikel 3 :

« De in artikel 1 bedoelde inrichtingen moeten voldoen aan de door de Koning vastgestelde normen, nadat het advies van de door artikel 4 ingestelde commissie is ingewonnen ».

Deze normen hebben onder meer betrekking op : 3) de veiligheid.

Dit maakt het onderwerp uit van dit hoofdstuk van het rapport.

Wij verwijzen naar het koninklijk besluit van 22 maart 1968 dat handelt over de vaststelling van de normen waaraan de rustoor-

den voor bejaarden moeten voldoen. Deze zijn bepaald in de bijlage bij dit koninklijk besluit. Titel III luidt : « Normen die betrekking hebben op de veiligheid » : « De bepalingen van de verordening betreffende de bescherming tegen brand- en paniekgevaar, die als bijlage bij het koninklijk besluit van 16 juni 1967 was gevoegd, moeten worden in acht genomen ».

Een arrest van de Raad van State, III[e] Kamer, van 6 juni 1969 vernietigt art. 15, 1, § 2 van de bijlage van het K.B. van 16 juni 1967, in zover het aan de bij het Ministerie van Binnenlandse Zaken opgerichte commissie een beslissingsrecht verleeent. Hier de betwitse tekst van art. 15, 1, § 2 :

« Betreffende de afwijkingen van deze verordening die, bij de verdere exploitatie van de inrichting, de veiligheid van de er verblijvende personen in gevaar zouden kunnen brengen, wordt in voorkomend geval, door de daartoe bij het Ministerie van Binnenlandse Zaken opgerichte commissie, een voorafgaande enquête ingesteld en een met redenen omklede beslissing getroffen. »

De Raad van State aanvaardt dus niet dat door dit artikel 15, 1, § 2, aan een commissie of aan het Ministerie van Binnenlandse Zaken een beslissingsrecht verleend word; beslissingsrecht dat toekomt aan de Minister van Volksgezondheid. Hieruit mogen we besluiten dat alhoewel het nazicht ter plaatse van de voorgeschreven normen gebeurt door gespecialiseerde techniekers, het uiteindelijk beslissingsrecht bij de Minister van Volksgezondheid blijft, en ook dat hij alleen het recht heeft afwijkingen toe te staan.

Veiligheidsnormen.
Bijlage bij het Koninklijk Besluit van 16 juni 1967.

In *hoofdstuk 1* worden de voorwaarden betreffende de toegangswegen bepaald, ondermeer : « De inrichting moet rechtstreeks te bereiken zijn langs één of meer openbare wegen van genormaliseerde breedte, met ten minste twee rijstroken, waarvan er één uitsluitend is bestemd voor de voertuigen van de brandweerdiensten... » « Het mogen geen doodlopende wegen zijn. »

In *hoofdstuk 2* worden de maatregelen betreffende de isolering behandeld; hieruit : « De muren die palen aan door derden bewoonde gebouwen moeten gedurende 4 uren tegen het vuur bestand zijn » (*).

Hoofdstuk 3 schrijft ondermeer voor dat de ruwbouw in onbrandbare materialen moet zijn gebouwd en voldoende bestand zijn tegen het vuur. Het legt ook de verplichting op gebruik te maken van waterdichte bekleding, van brandschotten op de zolders, van automatisch sluitende deuren die geen rook doorlaten en nog verschillende andere schikkingen vooral bestemd als bescherming tegen de verspreiding van rook en vuur. Hetzelfde geldt voor de trappen met daarbij nog de verplichting van een slipvrije bekleding aan te brengen om het vallen te vermijden. Ook een buitentrap kan worden verplicht gemaakt en dient dan op doeltreffende wijze beschermd te zijn tegen vlammen en rook. Voor de personen- en goederenliften werden, buiten de vastgestelde normen en verordeningen (Alg. Regl. voor arbeidsbescherming), bijkomende veiligheidsmaatregelen tegen brand voorgeschreven. Ook worden er maatregelen voorgeschreven tegen het verspreiden van gas, rook of vlammen langs kokers en schachten of mantels voor leidingen.

In *hoofdstuk 4*, dat de normen van de binneninrichting bepaalt, valt eenzelfde bezorgdheid op om alle materialen te verbieden welke brandgevaar inhouden; bovendien worden zeer strenge voorzorgsmaatregelen opgelegd wat de bekledingen betreft; electriciteitsleidingen mogen alléén achter een staffbedekking worden aangebracht.

In *hoofdstuk 5* worden de breedte van de toegangs- en uitgangswegen bepaald evenals de ligging van de trappen, hun hoogte en aantal. Bovendien moeten aan elke kant van de trappen leuningen worden aangebracht

(*) Persberichten maken gewag van een vermindering tot 2 uur in een eerstkomend te verwachten koninklijk besluit.

waarvan de hoogte niet minder dan 1 meter mag bedragen.

Goed leesbare en zichtbare opschriften moeten, zowel overdag als 's nachts, de richting van de uitgangen vermelden.

In *hoofdstuk 6* staat dat « de electrische installaties van de inrichting moeten voldoen aan de voorschriften van het Algemeen Reglement voor de arbeidsbescherming alsmede aan de technische reglementen van de Vereniging der Elektriciteitsbedrijven in Begië (V.E.B.) », dat « alléén elektrische verlichting is toegelaten », dat « de directie van de inrichting moet kunnen beschikken voor het geval van onderbreking of defect aan de normale verlichting over verplaatsbare of vaste verlichintsggsapparaten, waarvan de voeding niet afhankelijk is van die der normale verlichting. Deze energiebron moet in staat verkeren om alle lichtpunten in werking te houden gedurende één uur nadat de normale verlichting is uitgevallen ».

Vervolgens worden allerlei richtlijnen voorgeschreven opdat de inrichting in geen geval zonder verlichting zou vallen. En een afzonderlijke paragraaf beschrijft de wijze van de verlichting van kerstbomen, oorzaak van talrijke branden.

Hoofdstuk 7 is gewijd aan het gebruik van gas en *hoofdstuk 8* aan de verwarming. Zijn alléén toegelaten de verwarmingsinstallaties met warm water, met stoom onder lage druk, met warme lucht of met elektriciteit.

Hoofdsuk 9 handelt over de voorschriften waaraan de kooktoestellen en de apparaten voor het verwarmen van vloeistoffen evenals de installatie ervan moeten voldoen. Diverse artikelen bepalen de wijze waarop deze toestellen dienen geïnstalleerd te worden en de voorschriften welke het personeel dient in acht te nemen voor het gebruik. Het personeel moet vaak aan deze voorschriften herinnerd worden; dit geldt zowel voor de bepalingen voor de elektrische toestellen als voor deze die met gas gevoed worden.

Hoofdstuk 10 handelt over de garages die moeten beantwoorden aan de voorschriften van de artikelen 565 tot 574 van het Algemeen Reglement voor de Arbeidsbescherming evenals aan verschillende bijkomende beschermingsmaatregelen.

Hoofdstuk 11 handelt over de brandweermiddelen. Paragraaf 1 vermeldt ondermeer :

« De beveiliging tegen brand moet worden voorzien door :

» *a)* muurhaspels met axiale voeding, overeenkomstig de bepalingen van norm N.B.N. 614;

» *b)* aftakkingen op de voedingsleiding (voor gedetailleerde uitleg gelieve men de fabrikanten te raadplegen);

» *c)* blusapparaten, aangepast aan het brandgevaar in de verschillende lokalen ».

Deze mogen geen halogene koolwaterstoffen bevatten.

De grootte, de druk en beveiliging van de leidingen zijn bepaald. Zo dienen bepaalde aftakkingen een debiet van 60 m^3 gedurende twee uren te kunnen leveren van het model « bovengronds hydrant » (cf. N.B.N. 610) zijn, zichtbaar en gemakkelijk bereikbaar.

De alarm- en waarschuwingsmiddelen worden in *hoofdstuk 12* beschreven.

De inrichting moet uitgerust zijn met :

1) ten minste één op het net aangesloten telefoontoestel;

2) een alarmnet met licht- en geluidssignalen;

3) een alarmnet uitsluitend voor het personeel bedoeld;

4) een binnennet voor het waarschuwen van de brandweer.

De voorlichting van het personeel tegen brandgevaar maakt het voorwerp uit van *hoofdstuk 13*.

Bepaalde personeelsleden, hiervoor vooraf speciaal aangewezen wegens de vastheid of de aard van hun functie, moeten worden geoefend in het gebruik van de hulpverleningsmiddelen en opgeleid voor het gebruik ervan.

Voldoende talrijke voorschriften moeten worden uitgehangen op plaatsen waar zij gemakkelijk kunnen gelezen worden. Zij moeten het personeel van de inrichting voorlichten over de gedragslijn die zij in geval van

brand moeten volgen, meer bepaald wat betreft :

1) het onmiddellijk waarschuwen van de brandweer;

2) de maatregelen die moeten worden getroffen voor de veiligheid van het publiek in het algemeen en voor het personeel;

3) de bediening van de waarschuwings- en hulpverleningsmiddelen die in de inrichting voorhanden zijn.

In *hoofdstuk 14* worden het onderhoud en de controle der installaties nader omschreven.

De in *hoofdstuk 15* opgenomen toepassingsvoorwaarden vermelden ondermeer :

— de richtlijnen voor de reglementering van de bescherming tegen brand- en paniekgevaar zijn van toepassing, enerzijds op al de bestaande of te bouwen inrichtingen en. anderzijds bij alle verbouwingswerken aan bestaande inrichtingen, met dien verstande dat voor de bestaande gebouwen bepaalde afwijkingen en uitvoeringstermijnen kunnen worden verleend;

— betreffende de afwijkingen van deze verordening die, bij de verdere exploitatie van de inrichting, de veiligheid van de er verblijvende personen in gevaar zouden kunnen brengen, wordt in voorkomend geval, een voorafgaande enquête ingesteld en door de minister van Volksgezondheid een met redenen omklede beslissing getroffen;

— de veiligheidsvoorschriften, vermeld in de artikelen 4.5, 5.6, 5.7, 6.2 § 1 en 2, 6.4 § 9, 6.5, 7.1, 9.3, 10.1, 11.1 § 1c en 2, 13, 14.1 tot 14.4, zijn onmiddellijk van toepassing.

Voor de aanpassing van andere beschermingsmaatregelen van deze verordening wordt een uitvoeringstermijn verleend van 3 maanden, 6 maanden, 1 jaar, 2 jaar, naargelang de vermelde artikelen en dit met ingang van de datum waarop deze verordening van kracht wordt. Dit houdt in dat al deze termijnen normaal reeds lang verstreken zijn.

Deze richtlijnen hebben alleen betrekking op gebouwen waarvan de hoogte niet meer dan 25 meter bedraagt. Voor hogere gebouwen zullen bijkomende voorzorgsmaatregelen, uit te vaardigen door de bevoegde gemeenteraad, nageleefd moeten worden.

Hoofdstuk III.

VOORWAARDEN INZAKE HET WELZIJN EN DE VOLDOENING DER BEJAARDEN IN DE RUSTOORDEN.

Onder de rustoorden vindt men er voortreffelijke, middelmatige en gewoonweg slechte.

Het doel van deze wetgeving en kontroles is niet alléén de eerste categorie aan te moedigen en te komen tot de opheffing van de laatste categorie, maar vooral een kwaliteitsverbetering van alle rustoorden.

Het « goede rustoord » is in ieder geval datgene, waar de bejaarden zich « happy » voelen. Blijft nog juist te weten wanneer en waarom ze zich « goed » voelen ». Voor alles is dit te danken aan de kwaliteit der zorgen en het komfort, aan de sfeer en het psychisch klimaat. Op het eerste gezicht zijn deze punten moeilijk te omschrijven, dus te reglementeren.

Maar wanneer men de doorsnee-elementen van een gemeenschapsleven bestudeert, zal men al vlug vaststellen dat er preciese criteria bestaan en komt men reeds, door het naleven van de criteria, door de wetgever hernomen, tot een aanvaardbare levenswijze.

1. Oppervlakte.

Een eerste fundamentele vereiste is zeker een aanvaardbare levensruimte. Overbevolking ligt niet alléén aan de basis van een pijnlijke promiscuïteit en een tekort aan « begaanbare » oppervlakte, nochtans onontbeerlijk én vanuit fysisch én vanuit sociaal standpunt. Tevens is overbevolking steeds oorzaak van een hele reeks onaangenaamheden.

Twee oplossingen zijn mogelijk : een ruime kamer en een minima aan gemeenschappelijke lokalen of het omgekeerde. Beide hebben hun voor- en nadelen, dit naargelang de

behoeften, gewoonten en wensen der kostgangers. De ene oplossing kan terecht boven de andere verkozen worden.

De wetgever heeft dit ingezien en legt slechts een globaal berekende oppervlakte op : « Iedere bejaarde persoon moet over een netto vloeroppervlakte beschikken die niet minder dan 11 m^2 mag bedragen. Deze oppervlakte wordt berekend door optelling van de netto vloeroppervlakte van al de individuele en de gemeenschappelijke kamers, van de zitkamers en van de eetzalen en door dat totaal door het aantal bedden voorbehouden aan de opgenomen personen te delen ». (K.B. van 22 maart 1968, II B 17°.) Deze oppervlakte mag tot 8 m^2 per bed worden verminderd, voor personen die zijn samengebracht om medische redenen : « Wanneer op advies van de geneesheer het verblijf van sommige personen in een gemeenschappelijke kamer noodzakelijk wordt geacht, mogen deze kamers niet meer dan 6 bedden bevatten en dient het meubilair aangepast aan de staat van deze personen; de beschikbare netto-oppervlakte moet minstens 8 m^2 per bed bedragen ». (K.B. van 28 mei 1969, art. 2.)

De indruk ruim gehuisvest te zijn, zal tevens afhankelijk zijn van de breedte der trappen, gangen en overlopen. We herinneren eraan dat de trappen in verhouding moeten zijn met het aantal personen dat er gebruik van maakt. Tevens moeten zij voorzien zijn van leuningen of handgrepen.

2. Sanitaire uitrusting.

Bij de opbouw of herbouwing van een gebouw, zal men bijzonder zorg dragen voor de *sanitaire uitrusting*. Het koninklijk besluit van 22 maart 1968 bepaalt in hoofdstuk II B : « Er moet minstens een lig-, zit- of stortbad per 20 personen voorhanden zijn. Deze baden moeten (én voor de bejaarde personen én voor het begeleidend personeel) gemakkelijk toegankelijk zijn ». Handvatten en antislip tapijten niet vergeten! « Het stortbad moet zodanig zijn opgevat, dat de waterstraal ervan richtbaar is en niet rechtstreeks op het hoofd van de gebruiker terecht komt. »

In verband met het gebruik van deze installaties, herinneren we eraan dat « de baden en stortbaden minstens wekelijks door de bejaarden moeten kunnen gebruikt worden. De nodige hulp moet worden verstrekt aan personen die onbekwaam zijn om zichzelf te behelpen. De direktie van de inrichting moet ervoor waken dat de bejaarden geen hinder ondervinden van het gebrek aan zindelijkheid van één hunner ». (K.B. van 22 maart 1968, II B 12°.)

De voorschriften inzake de W.C.'s zijn even nauwkeurig en volledig vermeld. Op gebied van komfort is dit een bijzonder belangrijk punt en vooral dan bij bejaarden ! Vergeten we niet dat er 1 W.C. vereist is per 12 personen (met een minmum van 2), dat goede verluchting geboden is en dat ze voor bejaarden gemakkelijk toegankelijk zijn, zodat de meerderheid der kostgangers er zich kan van bedienen, dus aangepast aan hun handicap.

De uitrusting voorziet verder in een wasbekken, met zeep en handdoek, een klerenhaak, schuin geplaatste muurleuningen en natuurlijk closetpapier. (K.B. van 22 maart 1968, II B 6°.)

3. Verwarming en verluchting.

Een ander uiterst belangrijk aspekt van komfort is wel de verwarming. Bij dag, bij nacht en ongeacht de weeromstandigheden is een temperatuur van 22° vereist in alle kamers en leefruimten, 18° in de andere lokalen die voor bejaarden toegankelijk zijn. Welk ook het verwarmingssysteem weze, het mag geen vlammen, gassen of stof ontwikkelen in de lokalen die toegankelijk zijn voor de bejaarden. (K.B. van 22 april 1968, II B 2°, 3° en 4°.)

Een degelijke verwarming is niet noodzakelijk voldoende om vocht en waterinfiltratie te weren; de vereiste onderhoudswerken dienen tijdig te worden uitgevoerd. Het onderhoud van het gebouw, bijzonder van het dak, de goten en de ramen, moet zorgvuldig en regelmatig gebeuren.

Vaak wordt niet de nodige aandacht besteed aan de vochtigheidsgraad van de lucht

en aan de verluchting der lokalen, waar de bejaarden gewoonlijk verblijven. Ze zijn kouwelijk en hebben meestal een hekel op open ramen; ze zijn ten andere ook erg vatbaar voor verkoudheden.

Men moet met die psychologische faktoren en ook met het feit dat zij uiterst gevoelig zijn voor longaandoeningen, rekening houden. Het is noodzakelijk alle lokalen behoorlijk te verluchten, zelfs al vraagt dit meer werk (b.v. de kostgangers naar het salon brengen terwijl hun kamer wordt verlucht).

Ook keukens en washuizen dienen te worden verlucht, zonder dat reuken en dampen die zij ontwikkelen iemand kunnen hinderen. Goed sluitende vuilnisbakken moeten in een goed verlucht en liefst speciaal voor dat doel ingericht lokaal worden geplaatst. (K.B. van 22 maart 1968, II B 7° en 8°.)

« In de lozing van het afvalwater moet op duurzame en hygiënische wijze worden voorzien. » (K.B. van 22 maart 1968, V 2°.)

4. Gemeenschappelijke en individuele kamers.

Die reglementen moeten strikt worden toegepast, daar ze slechts minima opleggen. De aanstaande kostganger zal meestal over al die verschillende punten geen vragen stellen, omdat hij het vanzelfsprekend vindt dat aan al deze elementaire bepalingen wordt voldaan. Zijn aandacht gaat vooral naar « *zijn* » *kamer*. Zich kunnen afzonderen en « meester blijven over een gebied », ook al is het slechts één enkele kamer, is een verlangen, dat slechts bij zwaar zieken vervaagt. Daarom was het een zeer « wijze » beschikking dat « in de nieuw te bouwen inrichtingen, elke valide bejaarde over een individuele kamer moet beschikken ». (K.B. van 22 maart 1968, V 4°.)

Die kamer zou best een persoonlijke sfeer krijgen door de aard van de versiering, enkele eigen meubels, een zetel, eventueel een kompleet meubilair.

« Het meubilair van de individuele kamer moet bestaan uit een bed, een hang- en legkast, een lavabo, een tafel, een stoel en een leunstoel. » (Zelfde K.B., 5°.)

In een gemeenschappelijke kamer kan men slechts van een betrekkelijke « afzondering » spreken; door een oordeelkundige schikking van het meubilair en door het aanbrengen van gordijnen en van lichte, onbrandbare beschotten kan men hier verhelpen. Het koninklijk besluit van 22 maart 1968, V 6°, bepaalt dat « wanneer er zich 2 of meer bedden in een kamer bevinden, deze zowel in de lengte als in de breedte, minimum 0,90 m van elkaar moeten gescheiden worden (en 0,80 m van een raam verwijderd).

De wettekst verplicht dat een minimale intimiteit moet worden verzekerd door het plaatsen van beschotten tussen de bedden. (K.B. van 22 maart 1968, V 6°.)

« In kamers met 2 of méér bedden, moet het meubilair minstens bestaan uit een bed, een kast, een stoel en een nachttafel per persoon. Deze kamers moeten voorzien zijn van minstens één wastafel met stromend drinkbaar water per 4 personen. » (K.B. van 22 maart 1968, V 7°.)

In alle kamers, gemeenschappelijke en individuele, in de leefkamers — waarover later meer — zullen de vensterramen zicht op de buitenwereld mogelijk maken, evenwel zonder gevaar voor ongevallen. Gordijnen openschuiven moet dus toegelaten zijn. Het daglicht moet in deze lokalen vrij binnenstromen. Het koninklijk besluit van 22 maart 1968, V 3°, bepaalt dat « het raamoppervlak minstens 1/6 van de vloeroppervlakte moet bedragen ».

5. Verlichting.

Vanzelfsprekend zal de kunstmatige verlichting oordeelkundig zijn geplaatst : zonder verblindend te zijn, zal ze toch voldoende zijn en aangepast aan de aktiviteiten die in het lokaal gewoonlijk worden uitgeoefend. Het aantal lichtpunten verhoogt de gezelligheid en brengt met weinig kosten een sympatieke sfeer tot stand. In de kamers is één enkel lichtpunt aan het plafond beslist onvoldoende. Het ideale is een aantal stopkontakten, die iedereen naar zin en behoefte kan gebruiken.

Het gebruik van goedgeplaatste nachtlampjes is aan te bevelen. Veiligheidsverlichting is allernoodzakelijkst, niet alleen bij brandgevaar, maar ook bij een gewoon defekt, dat de bejaarden kan verrassen en tevens aanleiding kan geven tot valpartijen. Hoofdstuk 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 16 juni 1967 is volledig aan dit probleem gewijd.

6. Gemeenschappelijke lokalen.

Begrijpelijkerwijze is de bejaarde zeer gehecht aan *zijn* kamer of aan *zijn* hoekje in de gemeenschappelijke kamer. Toch mag niet uit het oog verloren dat zitkamers zeer belangrijk zijn als bepalend element voor sociale contacten en om aan het gemeenschapsleven een positieve zin te geven.

Het koninklijk besluit van 22 maart 1968, V 8° bepaalt : « In de nieuw te bouwen inrichtingen moeten minstens 2 zitkamers voorzien worden, één voor rokers en één voor niet-rokers ». Bij gebrek aan nadere wettelijke omschrijving, is het aan elke direktie overgelaten op eigen initiatief de lokalen in te richten volgens de noden en de wensen van de aldaar verblijvende bejaarden. Het is normaal dat de zitkamers verschillen van instelling tot instelling, niet alleen qua afmetingen, meubilair, versiering, enz., maar ook door het gebruik dat ervan wordt gemaakt en de sfeer die er heerst. Een aantrekkelijk uitzicht is een der kwaliteitskriteria, die het mogelijk maakt een rusthuis van het andere te onderscheiden. Iedere instelling moet de lokalen op beste wijze tot hun recht laten komen. Oude gebouwen bieden hier onverwachte en vaak originele mogelijkheden!

In belangrijke inrichtingen zal het wenselijk zijn, over verschillende kleine zalen te beschikken.

Indien het aantal kostgangers zulks verantwoordt, kan ook worden gedacht aan een zaal voor kinesitherapie en/of een werkplaats voor ergotherapie. Een bibliotheek, een lokaal, waar de eredienst wordt gehouden, kunnen een oase van rust en kalmte zijn.

Het is ook zeer nuttig over een rookzaal te beschikken, waar de kostgangers ongehinderd kunnen roken. Artikel 13.2 van het koninklijk besluit van 16 juni 1967 bepaalt dat « in de lokalen, waar het toegelaten is te roken, moeten behoorlijke asbakjes in voldoende aantal voorhanden zijn ».

Eetzalen en refters zijn best geschikt om feesten, filmvertoningen, enz., te geven. Tevens kan daar aan gemeenschapsturnen worden gedaan, wat een groot aantal stoelen vereist (én voor deelnemers... én voor toeschouwers!).

In de zomer is het « vergaderoord » bij uitstek *de tuin*, op voorwaarde dat er zitbanken zijn. Een lommerhoekje, beschutting tegen wind, maken het nog aangenamer daar te vertoeven. De aanleg en het onderhoud, eventueel zelfs door de kostgangers, kunnen het geheel maar aantrekkelijker maken.

Doorgaans moeten de bejaarden geduldig worden aangespoord om een luchtje te scheppen, soms hebben ze hulp nodig om zich naar buiten te begeven; dit vraagt meer inspanning vanwege het personeel dan vanwege de kostgangers! Een veranda of een wintertuin bieden het ganse jaar door een aangenaam zitje.

De gemeenschapslokalen bepalen de levenswijze in het tehuis. Het is onbegonnen werk terzake een opsomming te geven. Het doel blijft : een gezellige sfeer scheppen, een gevoelen van welbehagen en komfort opwekken, zodat de bejaarde zich thuis voelt en dat hij ongedwongen kan rondkuieren. Dit kan best zonder luxe bereikt worden : in een galerij, voor een raam b.v., kan een gezellig hoekje worden ingericht, waar het fijn is met een vriend te kunnen praten. Die suggestie vermindert geenszins de verdiensten en het nut van belangrijke, goed bestudeerde uitrustingen! Het ene sluit trouwens het andere niet uit.

Een geval, waar de noden evenwel constant zijn en waar het gemeenschappelijk verblijf aan wel omschreven normen dient te beantwoorden, is voorzeker de « living » in de afdeling waar senielen verblijven. Die bejaarden moeten zo weinig mogelijk inactief en alleen worden gelaten. Daarom is het

noodzakelijk dat hier een bevoegd persoon zich met die bejaarden bezighoudt. Overdag en tijdens de eetmalen blijven ze best gegroepeerd om gemakkelijker toezicht te houden, want deze zieken kunnen moeilijk alleen eten! Een lokaal, tegelijkertijd zitkamer en eetzaal, in de nabijheid van de kamers en van de gemeenschappelijke zalen, waar deze personen de nacht doorbrengen of eventueel hun middagdutje doen, brengt de oplossing.

Gemakkelijk bereikbare sanitaire installaties zullen « kamerstoelen » vervangen — en zelfs al is dit niet de uiteindelijke bedoeling — voortdurende waakzaamheid zou wel de onzindelijkheid overdag ongedaan kunnen maken!

Vooral de animatie van deze groepen — die geduld en uithoudingsvermogen onderstelt — is zeer belangrijk. Verder is het noodzakelijk het personeel technische en psychologische voorlichting hieromtrent te geven.

In verband met het toezicht op « sanielen », herinneren we aan het rondschrijven van februari 1972, aan de rustoorden gericht door de Nationale Stichting voor Bejaardenzorg; die stichting beantwoordt graag de praktische vragen die haar worden gesteld.

7. Voeding.

De plaats die de voeding in het leven van de bejaarden inneemt, is omgekeerd evenredig met hun aktiviteit. Wenselijk is dat ook andere gebieden hun belangstelling genieten, toch moeten de maaltijden in een aangename sfeer worden gebruikt. Het is dus noodzakelijk dat de voeding naar hun smaak is. Nog andere kriteria dienen in acht genomen, zo b.v. moeten de bejaarden « minstens één warme maaltijd per dag ontvangen » en « de maaltijden moeten bereid en verdeeld worden met inachtneming van de strengste voorschriften inzake zindelijkheid en hygiëne. » (K.B. van 22 maart 1968, II A 1° en 2°.)

Hetzelfde koninklijk besluit, II A 3°, bepaalt : « De spijskaart wordt minstens één dag op voorhand aan de opgenomen personen medegedeeld » en verder : « Het voedsel moet gezond, afwisselend en bovendien aangepast zijn aan de gezondheidstoestand van de bejaarde; de dieetvoorschriften van de geneesheer moeten in acht worden genomen ».

In dat verband herinneren we eraan, dat sommige bejaarden een dieet zonder zout of suiker dienen te volgen. De kok en de econoom zullen derhalve zorgen voor afwisseling en deskundige samenstelling van de spijskaart. (In grote inrichtingen is dit de taak van de diëtiste.)

Voor een speciaal dieet zal de dokter richtlijnen geven. Op uitzonderingsgevallen na zal het bereiden van een speciaal dieet geen moeilijkheden bieden, zeker niet voor bevoegd personeel. Een inrichting waar elke bejaarde geen aangepaste voeding ontvangt, waar de directie weinig of niets afweet van dieetleer, verdient de benaming « rustoord voor bejaarden » niet.

In verband hiermede herinneren we eraan dat de behoefte aan proteïnen, fruit en groenten bij bejaarden en vooral bij zieken die lijden aan aderverkalking, niet mag worden onderschat.

Zo de voeding van de gezonde bejaarde slechts weinig van een evenwichtige voeding van een volwassene verschilt, dan kan het toch nodig blijken, uit overwegingen van fysiologische en psychologische aard, wijzigingen aan te brengen. De behoefte aan kalorieën daalt, vermits er minder aktiviteit is, de behoefte aan proteïnen daarentegen blijft ongewijzigd. Proteïnen moeten vooral van hoge biologische waarde zijn (d.w.z. van dierlijke oorsprong). Tekort aan een of ander bestanddeel kan kwade gevolgen hebben (b.v. korsten door ligging). De hoeveelheid lipiden moet lager blijven dan de protiden, en het is geraden plantaardige vetstoffen te gebruiken. Een te vetrijk dieet veroorzaakt zwaarlijvigheid, een stijging van het cholesterolgehalte verhoogt het gevaar voor erge storingen in het vaatstelsel. Een teveel aan gluciden heeft dezelfde gevolgen als een teveel aan lipiden. Niettegenstaande diep ingewortelde eetgewoonten, is het nodig voedsel, rijk aan koolhydraten, te beperken. Een eenvoudige raad; niet alléén voor hartlijders, doch

voor iedereen geldig, luidt : eet minder zout! (*).

Even belangrijk als de hoeveelheid en de kwaliteit van het voedsel, is een nette bediening, mooi vaatwerk, in een aangename omgeving. Hoeft de vraag gesteld dat de voornaamste maaltijd in de eetzaal wordt gebruikt? Behoudens uitzonderingen geldt dit zeker voor de nieuwkomers, die eerder geneigd zijn zich op hun kamer terug te trekken; begrijpelijk is wel dat echtparen liever samen eten op hun kamer. Ook zieken en gehandicapten zullen best de maaltijden op hun kamer gebruiken, evenals personen wier dieet strikt aan hun toestand is aangepast. Zoals reeds gezegd moeten senielen gegroepeerd hun maaltijden gebruiken, daarbij geholpen door een personeelslid (liefst iemand die hen goed kent).

De uurregeling der maaltijden moet een normaal sociaal leven toelaten. Dus is het wenselijk rekening te houden met de gewoonten in de streek (i.v.m. uren der maaltijden); nog beter is een zekere speling toe te laten in de uurregeling van ontbijt en avondmaal.

Buiten een ontbijt, een middag- en avondmaal, verdient het aanbeveling na het middagdutje in het salon een kop koffie met koekjes op te dienen. Al komen gevallen van deshydratatie bijna enkel voor bij licht gestoorde of bedlegerige personen, toch moet ervoor worden gezorgd dat de bejaarden voldoende drank tot zich nemen. Het verzorgingspersoneel zal aan de zieken meermaals daags kleine hoeveelheden te drinken geven.

(*) Het raadplegen van een of ander werk over diëtetiek is onontbeerlijk, b.v. :
— « Le Guide de la Diététique », Dr. E.G. Peeters. Editions Marabout;
— « Précis de Diététique Pratique », T. Dupont et G. Landais. Editions Lanore, Paris VIIe;
— « Diététique du Médecin Praticien », J. Lederer. Editions Masson et Cie, Paris VIe;
— « Guide Pratique de Diététique », H. Bour et M. Dérot. Editions J.-B. Baillière, Paris VIe;
— « Het Spijsverteringskanaal der Bejaarden », door C. Van Proosdy;
— « Fysiologie van de Veroudering en van de Gezonde Bejaarde Mens », door J.F. Wyn;
— « Medische Gerontologie », door R.S. Van Zonneveld.

Voor alle andere bejaarden moet « drinkbaar water in voldoende mate in gans het gebouw beschikbaar zijn » (K.B. van 22 maart 1968, II B 10°).

8. Medische en paramedische zorgen.

Een der meest kiese aangelegenheden bij het beheer van een rustoord is wel de *organisatie van de verzorging*. Het koninklijk besluit van 22 maart 1968, IV 1°, bepaalt : « De inrichting moet te allen tijde over voldoende personeel beschikken, bevoegd om aan de bejaarden de passende verzorging te verstrekken ».

Welke verzorging? Ten minste die, welke een zieke of een gekwetste in zijn huiskring zou ontvangen. In kleine rusthuizen, zonder specialisatie, zal de verzorging trouwens op dezelfde manier gebeuren : bezoek van de behandelende geneesheer en deskundige verzorging door een gediplomeerde verpleegster, vergoed volgens de prestaties.

De hygiënische en huishoudelijke zorgen die thuis door een familielid of een bejaardenhelpster worden waargenomen, zijn hier de taak van het personeel van de inrichting.

In een gekwalificeerd rustoord zullen de nodige voorzorgen genomen zijn om kostgangers die ziek worden ter plaatse te verzorgen; het zou immers onmenselijk zijn die personen te verwijderen wanneer zij een veilige en vertrouwde omgeving het meest nodig hebben. Het vereist een aangepaste uitrusting en bevoegd personeel, maar dit is bepaald de voornaamste reden van bestaan van de rustoorden.

Vermits de noden zeer verscheiden zijn, is het onmogelijk preciese normen inzake personeel vast te leggen. Bij voorbeeld, voor een twintigtal zieken, zouden 4 verzorgsters moeten instaan, waaronder ten minste een gediplomeerde verpleegster. Deze dienst moet eveneens tijdens het weekeind, het verlof en onverwachte afwezigheid van een personeelslid worden waargenomen. De organisatie van de nachtdienst moet zo efficiënt mogelijk geregeld worden.

Onmisbaar is dat de bejaarden een bel binnen hun bereik hebben; een interfonie-

systeem, een binnenhuistelefoon- of video-tv-installatie zijn wellicht minder storend, dus te verkiezen, doch uitermate duur.

Het is noodzakelijk te beschikken o.m. over bedden van het « ziekenhuistype », over rolstoelen en het overige gewoon sanitair materieel.

Een kast, voorzien van slot met sleutel, om de geneesmiddelen in op te bergen, is onontbeerlijk. Beschikt de instelling over een dispensarium, tevens « hoofdkwartier » van geneesheer en verpleegster, dan zullen die kast en eventueel het klasseermeubel met de *medische dossiers*, in dit lokaal worden geplaatst.

Het koninklijk besluit van 22 maart 1968, II B 6°, bepaalt uitdrukkelijk dat : « Voor ieder opgenomen persoon aanhoudend een dossier moet worden bijgehouden dat de medische richtlijnen en de uitvoering ervan vermeldt. Dit dossier moet ter beschikking worden gehouden van de inspecteurs van het ministerie van Volksgezondheid ».

Wanneer de bejaarde, na een verblijf in een algemeen ziekenhuis, een R. of V. dienst, in een rustoord zijn intrek neemt, is het bij de opname vereist dat een nota over de te verstrekken verzorging, het medisch dossier of ten minste een zeer volledig verslag aan de dokter, verbonden aan de instelling, wordt overgemaakt. De persoon die rechtstreeks van huis naar de inrichting komt, geeft er soms de voorkeur aan verder door zijn huisdokter te worden verzorgd; deze zal, op aanvraag, een medisch verslag voor opname opstellen en het medisch dossier bijhouden. In andere gevallen zal de geneesheer met de vroegere huisdokter in contact treden en de ontvangen inlichtingen noteren.

Al genieten de bejaarden kosteloze geneeskundige verzorging, toch raadpleegt het merendeel slechts bij gelegenheid een geneesheer. Indien hun algemene toestand te wensen overlaat, is het verblijf voor observatie in een geriatrisch ziekenhuis geraden indien psychologische redenen zulks niet beletten.

Valide bejaarden, voor wie een opname in het geriatrisch ziekenhuis meestal niet dringend is, kunnen voor onderzoek bij een gespecialiseerde konsultatie terecht. Toch is het onvermijdelijk dat personen zonder medisch dossier, of met onvoldoende inlichtingen over hun gezondheidstoestand, worden opgenomen. In dit geval is het de taak van de geneesheer, die de bejaarde voortaan zal behandelen, deze aan een nauwkeurig medisch onderzoek te onderwerpen. Tijdens hun verblijf zouden alle opgenomen personen, zelfs wanneer hun gezondheidstoestand schijnbaar bevredigend is, door de dokter regelmatig moeten worden bezocht. Het zal steeds in het medisch dossier worden vermeld. Het nut van dit dossier is duidelijk; al wordt het vanzelfsprekend achter slot bewaard, toch moet de in allerijl bijgeroepen dokter of de persoon, verantwoordelijk voor de paramedische zorgen, het — overdag of 's nachts — kunnen bereiken. Het koninklijk besluit van 22 maart 1968, II B 16°, vermeldt dat « het beroepsgeheim moet worden geëerbiedigd »; in verband met wat voorafgaat wensen wij hieraan toe te voegen dat « het medisch geheim ieder persoon bindt, die het deelt ».

Het koninklijk besluit van 22 maart 1968, II B 13°, bepaalt : « Indien niet elkeen over een eigen kamer beschikt, moeten individuele kamers aanwezig zijn voor de bejaarden wier gezondheidstoestand afzondering noodzakelijk maakt ». Het aantal afzonderingskamers zal in verhouding staan tot de vermoedelijke noden terzake.

« Het beddegoed moet steeds zindelijk gehouden worden en minstens om de 14 dagen ververst. Alle passende gezondheidsmaatregelen moeten worden getroffen ten opzichte van bevuild linnen. » (K.B. van 22 maart 1968, II B 9°.)

9. Directie en personeel.

Er werd reeds eerder gezegd dat er een voldoend aantal verpleegsters en verzorgsters nodig zijn. Het koninklijk besluit van 22 maart 1968, IV 1° en 2°, bepaalt : « De inrichting moet te allen tijde over voldoend personeel beschikken, bevoegd om aan de bejaarden de passende verzorging te verstrekken, alsmede over het nodige personeel voor het onderhoud en de zindelijkheid van de

lokalen », en « Bij dag en bij nacht moet in de inrichting een verantwoordelijk persoon anwezig zijn die zonder verwijl elke oproep kan beantwoorden ». We willen de term « verantwoordelijk » beklemtonen. Tenzij men de directeur of de directrice onmiddellijk in alle omstandigheden kan bereiken, moet er een persoon ter plaatse zijn die bevoegd is initiatieven te nemen en die de medische dossiers van de zieken kan bereiken (en o.a. de adressen van de familieleden kan mededelen).

Toch blijft de beheerder de belangrijkste persoon in het rustoord : directeur of gérant, hij bepaalt de geest in de inrichting. Zijn persoonlijkheid is van grote invloed op de orde, op de houding van het personeel tegenover de bejaarden, op de huishouding en vooral op de sfeer — een uiterst belangrijk factor! — die uitmuntend, voldoende of ook gewoonweg slecht kan zijn. Zijn gedrag — zowel als dit van het personeel — moet waardig zijn; de regels van de welvoeglijkheid moeten door allen in acht worden genomen en de opvattingen der bejaarden omtrent eerbaarheid moeten strikt worden geëerbiedigd.

Het koninklijk besluit van 22 maart 1968, IV 3°, vereist dat « de verantwoordelijke van de inrichting voor zichzelf en voor elk lid van het personeel dat in de inrichting werkzaam is, een getuigschrift van goed zedelijk gedrag moet overleggen ».

10. Informatie en onthaal.

De bijlage bij het koninklijk besluit van 22 maart 1968, dat de normen bepaalt, waaraan rustoorden voor bejaarden moeten voldoen, behandelt in hoofdstuk I de administratieve formaliteiten, speciaal het huishoudelijk reglement en de individuele steekkaarten.

Zijn die stukken dan zo belangrijk? Inderdaad, in de eerste plaats, omdat slechts duidelijke en volledige teksten vergissingen en misverstanden voorkomen, die vaak oorzaak zijn van betwistingen en pijnlijke spanningen. Maar vooral omdat aldus een basis wordt gelegd voor schikkingen, die de verdere levenswijze van de bejaarden en hun « gelijkberechtiging » in de inrichting bepalen.

Een degelijk opgesteld en toegepast huishoudelijk reglement kan als contract tussen de twee partijen dienen, met eventuele instemming van derden (in de praktijk personen of organen die financieel borg staan : familieleden, C.O.O., verenigingen of morele borgen : voogden, afgevaardigden van de bejaardenbescherming).

Wanneer een bejaarde zelf bij machte is om over zijn plaatsing te beslissen, moeten vanzelfsprekend alle nuttige gegevens worden verstrekt om die beslissing met kennis van zaken te kunnen nemen. Het huishoudelijk reglement is hier zeer belangrijk doch kan slechts in aanmerking worden genomen wanneer het een trouw beeld weergeeft van de dagelijkse werkelijkheid; bij dat reglement zal een exemplaar van het contract dat de bejaarde bij inschrijving zal ondertekenen, worden gevoegd; in bijzondere gevallen zal de bejaarde schriftelijk in kennis worden gesteld van de uitzonderingen die hem worden toegestaan en van de plichten die daaruit voor hem voortvloeien.

Zijn plaatsing brengt een radikale wijziging in het leven van de bejaarde teweeg, die evenwel gunstig kan uitvallen als de plaatsing gewenst is, of ten minste wordt aanvaard, en indien de werkelijkheid met de beloften strookt. Dit legt nogmaals de klemtoon op het belang van de voorbereiding op de plaatsing, steeds een zwaar te nemen beslissing voor wie het alleen moet verwerken, zelfs voor iemand die een sterke persoonlijkheid bezit. Steun van familieleden is in dergelijke omstandigheden meestal onzeker omdat zij even ontredderd zijn als de bejaarde, of omdat zij een schuldgevoel hebben die een serene beslissing zeker niet in de hand werkt. Er wordt dus best gerekend op de sociale dienst, belast met die plaatsing of op de sociale dienst van de inrichting (vóór-onthaal) (*). In ieder geval moet informatie der-

(*) In dit verband verwijzen we naar het rapport van de Commissie voor sociale hulp van de Nationale Stichting voor Bejaardenzorg.

wijze worden verstrekt dat ze voor de bejaarde begrijpelijk is, om hem de mogelijkheid te bieden, na rijp beraad, op eigen verantwoordelijkheid een keuze te doen.

Laten we even terugkomen op de tekst van het koninklijk besluit van 22 maart 1968, I 1°, meer bepaald op enkele paragrafen :

« Iedere inrichting is verplicht een reglement van orde op te stellen, waarin het statuut van het rustoord (inrichting beheerd door een openbaar bestuur, een private, neutrale of confessionele inrichting, enz.) en eventueel de bijzondere voorwaarden voor opname in de inrichting zijn vermeld. Het bepaalt de rechten en de plichten van de opgenomen bejaarden enerzijds en van de inrichting anderzijds.

» Dit reglement dient uit te gaan van het principe, dat aan de opgenomen personen de grootst mogelijke vrijheid moet verleend worden voor zover zulks verenigbaar is met de eisen van een waardige levenshouding of met het eigen statuut van de inrichting.

» Het vermeldt eveneens de naam van de verantwoordelijke persoon, aan wie klachten kunnen worden gericht en bepaalt de voorwaarden voor wat aangaat het ontvangen en het afleggen van bezoek. »

In verband hiermede willen wij het belang van sociale contacten onder alle vormen beklemtonen, vooral dan met de buitenwereld. Daarom ook is de grootste soepelheid aanbevolen wat betreft de bezoek- en uitgaansuren en het verblijf bij familieleden. Om zich werkelijk « thuis » te voelen moeten de bejaarden zo vrij mogelijk in het gebouw en in de omgeving (tuin, bijgebouwen) kunnen rondlopen.

Het koninklijk besluit van 22 maart 1968, I 1° § 5, vermeldt uitdrukkelijk :

« In het kader van de bepalingen van het reglement van orde wordt aan elke bejaarde gedurende zijn opneming een volledige filosofische, godsdienstige en politieke vrijheid gewaarborgd ».

« Onder de verplichtingen die aan de bejaarde worden opgelegd, moeten volgende punten voorkomen : *a)* zindelijk en fatsoenlijk gekleed gaan; *b)* zich schikken naar de bepalingen die betrekking hebben op de veiligheidsmaatregelen. » (Zelfde K.B., § 6.)

Eens dat de bejaarde volledige en objectieve inlichtingen bekomen heeft en na de nodige bedenktijd, breekt het grote ogenblik van de beslissing aan; het pijnlijke van de toebereidselen voor het vertrek kan worden verzacht door een plaatsing op proef (tijdens die periode behoudt hij zijn woning) tot de definitieve opname.

De eerste indrukken blijven : de sfeer en de persoonlijke aanpak van het onthaal zijn doorslaggevend voor de verdere aanpassing.

Tenzij de inrichting over een sociale dienst beschikt is het normaal dat de directeur of de directrice persoonlijk de « nieuweling » ontvangt. Indien de bejaarde reeds vroeger in contact met de inrichting is geweest en er werd rondgeleid — wat wenselijk is vooral wanneer de bejaarde valide is — zal hij met genoegen opnieuw de persoon ontmoeten die hem (of haar) bij de bezichtiging vergezelde.

Zijn er bij het « vóór-onthaal » geen moeilijkheden gerezen, dan kunnen de formaliteiten tot een minimum worden beperkt. Het koninklijk besluit van 22 maart 1968, I 1 § 7 2°, bepaalt :

« Een exemplaar van het reglement van orde wordt aan elke bejaarde bij zijn opneming in de inrichting overhandigd tegen ontvangstbewijs dat als goedkeuring geldt.

» Bij elke opneming van een bejaarde wordt een persoonlijke steekkaart ingevuld die o.m. vermeldt :

» *a)* de volledige identiteit van de opgenomen persoon (naam, voornamen, geboorteplaats en datum, burgerlijke stand, nationaliteit);

» *b)* in voorkomend geval, de naam van de behandelende geneesheer;

» *c)* naam, adres en eventueel telefoonnummer van de persoon die, in geval van nood, dient te worden verwittigd.

» Zo de opgenomen persoon zulks verlangt, kan de verantwoordelijke persoon van de inrichting op de steekkaart eveneens diens godsdienstige en filosofische overtuiging vermelden. »

Onnodig te zeggen dat die steekkaarten zorgvuldig moeten worden bijgehouden (vermelding van het adres van naaste familieleden is belangirjk) en dat ze zowel overdag als 's nachts voor het dienstdoende personeel van de inrichting bereikbaar moeten zijn.

Zo een « administratief dossier » niet wettelijk vereist is, zal het toch zeer dienstig zijn voor de directie en voor de bejaarde, vooral wanneer de bediende die het bijhoudt enigszins vertrouwd is met de wetgeving inzake pensioenen en ziekte- en invaliditeitsverzekering. Een uittreksel van de individuele rekening van de bejaarde zou in dat dossier moeten worden bewaard; indien zijn geestestoestand belet dat hij over zakgeld beschikt, zullen de uitgaven nauwkeurig worden genoteerd; aan de handen van bewijsstukken is het mogelijk op ieder ogenblik het overblijvende bedrag te kennen.

11. Vrijetijdsbesteding.

Hoofdzaak is de bejaarden « in beweging » te houden, zelfs de gehandicapten. Hele dagen te bed liggen of in een zetel blijven zitten is beslist af te keuren. Lopen is de eerste vereiste in kinesitherapie! Iedere bezigheid die tot beweging verplicht is dus per definitie positief. Wanneer die bezigheid ook nog de geest actief houdt en aan het leven van de bejaarde zin en inhoud geeft, dan zal het in grote mate bijdragen tot zijn fysisch en moreel welzijn.

Animatie is bij de wet niet voorzien. Zij is onontbeerlijk, doch kan moeilijk aan welomschreven regels worden onderworpen zonder het spontane te verliezen; animatie zal vooral afgestemd zijn op de wensen en de noden van de bejaarden. De directie, de ergotherapeut — bijgestaan door zijn equipe, in grote inrichtingen — zullen op hun verbeelding een beroep moeten doen.

Het is onbegonnen werk alle mogelijkheden van occasionele animatie op te sommen : feesten, avondjes uit, bezoeken, toneelvoorstellingen, uitstappen, vacantie, enz. Verjaardagsfeestjes verdienen een speciale vermelding omdat die initiatieven zeer verscheiden zijn en nog meer worden geapprecieerd omdat de bejaarde individueel in de belangstelling komt. Om dezelfde reden doen vrijwillige bezoekers er goed aan slechts één « vriend » (of « vriendin ») per instelling te hebben.

Ook de gewone vrijetijdsbesteding kan zeer verscheiden zijn en gaat van het klassieke kaartspel en de onmisbare T.V. tot allerlei bezigheden : breien, knutselen, zingen, lezen, verzamelen, kunst beoefenen, tuinieren en... turnen.

De mogelijkheid clubs in de omgeving of de knutselruimte in het rustoord te bezoeken is nog een betere oplossing, omdat hierdoor aan meer persoonlijke noden wordt beantwoord. Iedereen moet de activiteit vinden, die hem het meest aantrekt, geen enkele zal als minderwaardig worden beschouwd; het enthoesiasm van de animators — met of zonder titel — moet aanstekelijk werken!

Bejaarden die nergens belangstelling voor tonen, hebben — behoudens in bepaalde omstandigheden — bevoegde monitors en enkele dynamische seniors nodig om hun belangstelling op gang te brengen (in deze groep zouden b.v. bejaarden uit de omgeving, gekend om hun hobbies, kunnen worden ingeschakeld). Het « gehalte » van de animatie zal bepalend zijn voor de geest in het rustoord, zelfs al staan sommige bejaarden a priori afwijzend tegenover iedere bezigheid, die uiteraard met een « werk » wordt gelijkgesteld. Laten wij hier opmerken dat de voorbereiding op de pensioenleeftijd de begripsvorming van de bejaarden over het doorbrengen van hun vrije tijd gunstig kan beïnvloeden.

Reeds werd gezegd dat seniele bejaarden niet inactief mogen blijven. De animatie van die groep betekent een niet aflatende inspanning vanwege de personeelsleden die op die taak moeten voorbereid zijn. Een zware en ondankbare taak voorwaar, die de directie, het medisch korps en de personen die een voogdij uitoefenen, naar waarde zullen weten te schatten; voor hen die zich voor die mentaal gehandicapten inzetten is het de beste aanmoediging.

Besluit.

Comfort omvat zowel het oordeelkundig aanbrengen van een handgreep als de installatie van een lift; dit houdt niet in dat die verbetering in de uitrusting noodzakelijk in verhouding staat tot de gedane uitgaven. Practisch nooit is de beschikbare begroting onbegrensd, daarom zal steeds met bevoegde personen over de te ondernemen verbouwingen overleg worden gepleegd, en de uitgaven eventueel worden verspreid. Veiligheidsmaatregelen moeten absolute voorrang krijgen en deskundig advies terzake is allernoodzakelijkst.

Maar buiten het materieel comfort zijn er nog honderd en een details die de omgeving veilig, de sfeer ontspannen en rustig, de stemming vriendelijk en sympathiek doen aanvoelen. Indien het contact met de buitenwereld behouden blijft en wordt de vitaliteit van de groep door afwisselende activiteiten in stand gehouden, dan zullen de bejaarden daar in groter moreel comfort leven, dat anderen, in een weelderiger omgeving verblijvend, terecht zullen benijden.

Alleszins zal slechts een directie, die over voldoende informatie beschikt, en voor haar taak is opgewassen, kunnen slagen; bovendien zal de psychologische en technische kennis met liefde en toewijding gepaard gaan.

De personeelsleden — helaas, moeilijk te vinden — moeten in hun omgang met de bejaarden blijk geven van kiesheid, goede opvoeding en beroepslicht. Hun motiveringen zijn van kapitaal belang en het wordt de hoogste tijd dat het verzorgen van de bejaarden in deskundige handen wordt gegeven.

Bij comfort behoort nog dat het personeel snel, vriendelijk en op kiese wijze een oproep beantwoordt en de bejaarden behandelt. Plagerijen en het niet houden van beloften kunnen de goede gang van zaken zeker niet bevorderen; de mooiste en modernste omgeving verhelpen hier niet. Een geoefend oog kan trouwens spoedig de heersende sfeer waarnemen; na een ontmoeting met enkele bejaarden zal een persoon met ervaring terzake kunnen uitmaken of ze zich vervelen, knorrig of zelfs verbitterd zijn, of dat ze integendeel ontspannen zijn en vriendelijk gestemd. Een gelukkige groep straalt een aanstekelijk enthoesiasme uit! Kunnen wij beter dan onze bejaarden levensvreugde toewensen. Het moet zo zijn, omdat het mogelijk is !

Hoofdstuk IV.

ERKENNING VAN RUSTOORDEN. REGELS, PROCEDURE.

1. Beginsel.

Alle verblijfsinrichtingen beheerd door een publiekrechtelijke of door een privaatrechtelijke persoon, die onder de benaming van of in de hoedanigheid van « rusthuis », « rustoord », « tehuis voor ouden van dagen », aan personen van 60 jaar of ouder, die er op duurzame wijze verblijven, huisvesting bieden met huishoudelijke- en gezinsverzorging, moet worden erkend door de minister onder wie de openbare onderstand ressorteert. (Wet van 12 juli 1966, art. 1 en 2.)

Die erkenning geld slechts voor de inrichting waarvoor ze toegekend is. Het woord inrichting, dat hier gebruikt wordt, slaat blijkbaar op de entiteit bestaande uit het gebouw en de publiekrechtelijke of privaatrechtelijke persoon die het beheert. In die optiek zou de erkenning die aan een rustoord verleend is niet meer geldig zijn, in geval een der elementen van de entiteit verandert.

De erkenning moet worden vermeld op alle stukken (akten, fakturen, brieven, enz.) uitgaande van de inrichting. Ze heeft echter nooit een definitief karakter. Inderdaad, ze kan tijdelijk of voorgoed worden ingetrokken.

2. Termijnen.

a) *Oude inrichtingen.*

De inrichtingen die reeds op 1 august 1966 bestonden, konden gedurende een termijn van 3 jaar een voorlopige toelating genieten op voorwaarde dat ze een aanvraag indienden binnen de 60 dagen na de inwerktreding van de wet.

b) *Nieuwe inrichtingen.*

Er wordt in de tekst geen termijn bepaald voor het indienen van de erkenningsaanvraag. Toch kan uit het hoofdstuk IV van de wet van 12 juli 1966 over de sancties, en in het bijzonder uit art. 8, ter zake een dwingende regel worden afgeleid : de inrichtingen die nog niet bestonden, moeten de erkenning verkrijgen nog vóór hun exploitatie begint.

3. Erkenningsvoorwaarden.

Om te worden erkend moeten de rustoorden voor bejaarden aan de normen vastgesteld in het koninklijk besluit van 22 maart 1968 voldoen.

Die normen hebben betrekking op :

a) de vrijheid van de opgenomen personen en de eerbiediging van hun overtuiging;

b) de voeding, de hygiëne en de gezondheidszorg;

c) de veiligheid;

d) het aantal, de bekwaamheid en de moraliteit van de personen werkzaam in de inrichting;

e) het gebouw;

f) de boekhouding (toepassing uitgesteld).

4. Afwijkingen (K.B. 28 mei 1969).

Op voorstel van het Bestuur van de Onderstand en op eensluidend advies van de Kommissie der rustoorden, kon de minister afwijkingen toestaan van de vastgestelde normen maar slechts ten gunste van de inrichtingen die vóór 19 september 1969 om de erkenning hebben verzocht. Wat in het bijzonder de veiligheidsnormen betreft, voorziet art. 18 in een mogelijkheid tot afwijking.

5. De Kommissie der rustoorden.

a) *Oprichting. Samenstelling.*

De Kommissie der rustoorden werd opgericht bij artikel 4 van de wet van 12 juli 1966. Ze bestaat uit 11 werkende leden en 11 plaatsvervangende leden die benoemd worden door de Koning op voordracht van de minister tot wiens bevoegdheid de openbare onderstand behoort.

b) *Opdracht.*

Diezelfde wet vertrouwt de Kommissie der rustoorden een tweevoudige opdracht van studie en advies toe welke onder meer omvat :

— studie van de problemen betreffende de toepassing van de wet op de rustoorden;
— advies betreffende haar toepassingsgebied;
— advies betreffende de verlening, de weigering of de intrekking van de erkenning;
— advies over de nomenclatuur van de erkenningsnormen;
— advies over de gevraagde afwijkingen voor de toepassing van deze normen;
— advies over alle problemen betreffende het verblijf van bejaarden, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van de minister.

Bovendien, kent de wet van 22 maart 1971 aan die kommissie een advizerende rol toe voor het verlenen van de toelagen.

6. Erkenningsprocedure.

a) *Aanvraag.* (K.B. van 22 maart 1968, art. 1 en 2.)

Elke erkenningsaanvraag moet gericht worden tot de minister van Volksgezondheid. Zij moet van de volgende bescheiden vergezeld gaan :

1) een plan dat per bouwvlak de verschillende lokalen aanduidt, hun afmetingen en hun bestemming alsmede per kamer het aantal bedden;

2) een formulier betreffende de inachtname van de opgelegde normen, behoorlijk ingevuld en ondertekend door de verantwoordelijke van de inrichting. Dit formulier wordt door het Ministerie van Volksgezondheid, Bestuur van de Onderstand, afgeleverd;

3) een verslag van het bevoegde brandweerkorps, waarin verklaard wordt dat de inrichting op voldoende wijze aan de veiligheidsnormen ter zake voldoet.

b) *Onderzoek van de aanvraag.*

Het bevoegde bestuur van het Ministerie van Volksgezondheid onderzoekt de aanvraag. Het kan de juistheid van de verkre-

gen inlichtingen eventueel door middel van een onderzoek ter plaatse nagaan.

Artikel 6 van de wet van 12 juli 1966 kent aan het bestuur het recht van bezoek toe.

Het zendt zijn besluiten aan het sekretariaat van de Kommissie van de rustoorden voor bejaarden.

c) *Erkenning.* (K.B. van 22 maart 1968, art. 4.)

Ingeval het bestuur van de onderstand de erkenning voorstelt, wordt het dossier gedurende vijftien dagen ter beschikking gehouden van de kommissie.

Indien na verloop van deze termijn, de kommissie niet om het dossier heeft verzocht, wordt het met voorstel tot erkenning aan de minister doorgestuurd.

Indien de kommissie om het dossier heeft verzocht en zij zich bij de voorstellen van het Bestuur van Onderstand ansluit, stuurt zij dit laatste het dossier terug. Dit stuurt het op zijn beurt met voorstel tot erkenning aan de minister.

Indien de kommissie bezwaren oppert tegen het openingsvoorstel brengt zij deze ter kennis van de verantwoordelijke van de inrichting die over vijftien dagen beschikt om bij haar een rechtvaardigende memorie in te dienen. Na het verstrijken van deze termijn, brengt de kommissie haar advies uit en stuurt het dossier terug naar het Bestuur van de Onderstand zelfs indien de verantwoordelijke van de inrichting heeft nagelaten een memorie in te dienen.

d) *Weigering van erkenning.* (K.B. van 22 maart 1968, art. 5.)

Ingeval het bestuur de erkenning niet kon voorstellen, omdat het dossier niet volledig is of omdat niet alle normen nageleefd zijn, gebruikt het alle mogelijkheden waarover het beschikt om op de direktie van de inrichting druk uit te oefenen en trachten de nodige bescheiden of verbeteringen te verkrijgen. Gewoonlijk stelt het bestuur slechts voor de erkenning te weigeren, ingeval van klaarblijkelijke kwaadwilligheid of wanneer het vaststelt dat het rustoord nooit aan de wettelijke vereisten zal kunnen voldoen.

Ingeval het bestuur voorstelt de erkenning te weigeren stuurt het het dossier met zijn gemotiveerde voorstellen naar de kommissie. Het brengt zijn voorstellen ter kennis van de verantwoordelijke van de inrichting en deelt hem mede dat hij over vijftien dagen beschikt voor het indienen van een rechtvaardigende memorie bij de kommissie. Na het verstrijken van deze termijn, brengt de kommissie haar advies uit zelfs indien de verantwoordelijke van de inrichting verwaarloosd heeft een memorie in te dienen.

In dat stadium gebeurt het dikwijls dat de kommissie het bestuur of één van zijn leden ermede gelast de argumenten van de verantwoordelijke van de inrichting ter plaatse te controleren. Zij kan ook de belanghebbenden en zelfs andere personen oproepen om ze te horen. De kommissie stuurt het dossier samen met haar advies aan het bestuur terug.

Indien dat advies met het voortsel strookt, notificeert de minister de weigering van de erkenning aan de inrichting en deelt hij zijn beslissing mede aan de kommissie.

Een nieuwe erkenningsaanvraag kan na de betekening van de weigering worden ingediend maar alleen volgens de regels die voor de nieuwe inrichtingen gelden.

e) *Intrekking van de erkenning.* (KB. van 22 maart 1968, art. 10.)

De erkenning kan voorgoed of tijdelijk worden ingetrokken. In dit laatste geval, vermeldt de beslissing tot intrekking, de voorwaarden waaronder deze zal opgeheven worden en de voorlopige maatregelen die ten opzichte van het betrokken rustoord zullen worden getroffen.

De minister beslist, na het advies van de kommissie te hebben ingewonnen.

Ingeval de minister de intrekking van de erkenning overweegt, brengt hij dit ter kennis van de kommissie en betekent zijn inzicht met de redenen ervan aan de verantwoordelijke van de inrichting. Deze laatste beschikt over een termijn van vijftien dagen voor het indienen van een rechtvaardigende memorie bij de minister.

Het dossier wordt doorgestuurd aan de kommissie die het na onderzoek, samen met haar advies aan de minister terugstuurt.

f) *Beslissing tot sluiting.* (K.B. van 22 maart 1968, art. 12.)

Ingeval de minister de sluiting beveelt van een rustoord notificeert hij zijn gemotiveerde beslissing aan de verantwoordelijke van de inrichting.

Hij stuurt een afschrift van zijn beslissing aan de kommissie die de verantwoordelijke van de inrichting onverwijld in kennis stelt van de termijn waarover hij beschikt voor het indienen van een rechtvaardigende memorie en van de datum waarop hij zal gehoord worden. Dit is het enige geval waarin die mogelijkheid hem moet worden toegestaan.

Na het verstrijken van deze termijn en na deze datum beraadslaagt de kommissie ongeacht het gevolg dat aan bovengemelde uitnodiging wordt gegeven en zendt zonder verwijl haar advies aan de minister die zijn beslissing al dan niet bevestigt en ze aan de verantwoordelijke van de inrichting en aan de kommissie notificeert.

De beslissing wordt slechts van kracht indien ze een maand na het ontvangen van het advies van de kommissie door de minister bevestigd wordt.

De officieren van de gerechtelijke politie staan in voor de ten uitvoerlegging van de beslissing.

7. Kommentaar.

De wet op de rustoorden voor bejaarden had en heeft nog steeds tot doel enerzijds te vermijden dat er zich opnieuw drama's zouden voordoen, zoals die welke aanleiding hebben gegeven tot het indienen en het goedkeuren van die wet en anderzijds geleidelijk ook de huisvestingsvoorwaarden in de bejaardentehuizen te verbeteren.

Er heersten schandelijke misbruiken en onduldbare toestanden waaraan dringend een einde moest worden gemaakt. De minister moest dan ook over de nodige wapens beschikken om hieraan paal en perk te stellen.

Anderzijds is er een zo groot gebrek aan geschikte inrichtingen dat de onvoorwaardelijke toepassing van strenge maatregelen, zowel op de bestaande inrichtingen als op die welke in opbouw zijn een toestand had kunnen scheppen die voor de personen die men wil beschermen nog dramatischer zou zijn.

Het Bestuur van de Onderstand en de Kommisie voor de rustoorden zijn zich van dat probleem terdege bewust en wensen niet zozeer de sluiting van de ongeschikte inrichtingen dan wel de verbetering van het hele net d.w.z. zowel de privé als de openbare inrichtingen.

Rekening houdend met de teksten, met de voorbereidende werkzaamheden in het Parlement en vooral met haar huidige toepassing, kan het doel van de wet van 12 juli 1966 als volgt worden omschreven :

a) de erkenning van alle rustoorden (privé en openbaar) verplicht maken;

b) een doelmatig rijkstoezicht mogelijk maken;

c) een einde maken aan de bestaande misbruiken door de naleving van de normen op te leggen.

In dat stadium tracht men echter eerst te overtuigen en worden er slechts extreme maatregelen voorgesteld ingeval van onbegrip of kennelijk boos opzet.

Hoeft men zich dan nog te verwonderen over de schijnbare traagheid van de huidige procedure en het vrij beperkt aantal erkende inrichtingen? Moet men dan, zoals sommige reeds deden, besluiten dat de wet veel te streng is en dus niet kan worden toegepast en dat inderdaad al de niet-erkende inrichtingen niet aan de normen voldoen zodat hun erkenning dus zou moeten worden geweigerd?

Het lijkt ons realistischer de toestand gans anders te beschouwen en, op grond van dezelfde statistieken alle rustoorden waarvan het dossier nog hangende is te beschouwen als bijna erkend. Voor de meeste blijft het voorstel tot erkenning inderdaad uit omwille van de aan gang zijnde verbeteringswerken en mag dus zeker niet worden verondersteld

dat er een ongunstige beslissing zal worden genomen.

Ofschoon de wet streng is en het voor de nieuwe inrichtingen ook zo moet blijven moet de toepassing ervan op de andere inrichtingen in de eerste plaats de bescherming van de bejaarden op het oog hebben. In die kontekst beschouwd betekent een trage procedure uiteindelijk een bijkomende waarborg bij het nastreven van dat doel.

Hoofdstuk V.

TOEZICHT EN CONTROLE. SANCTIES.

Inleiding.

De wet van juli 1966, die de erkenning van de rustoorden voor bejaarden regelt, bepaalt zeer strikte normen zoals hierboven reeds uiteengezet.

De wetgever wil dat er op een voortdurende wijze aan een minimum van voorwaarden voldaan wordt, ten einde aan de bejaarden, kostgangers van de rustoorden, fatsoenlijke en op alle gebied veilige levensvoorwaarden te waarborgen.

Opdat de wet doeltreffend zou zijn en het gestelde doel zou bereiken zijn er een streng toezicht en regelmatige controleopdrachten nodig, dit alles gepaard met verschillende en strenge sancties in geval van overtreding.

Hoofdstuk III van de wet bepaalt het « toezicht over de inrichtingen voor huisvesting van ouden van dagen » evenals de organen en de middelen waardoor dit kan geschieden. Ook op verschillende andere plaatsen van het geheel der wetgeving op de rustoorden vinden we kontrolemiddelen of personen die toezicht of controle dienen uit te oefenen.

Toezicht en controle zouden echter weinig resultaat geven indien er geen sancties voorzien waren op het niet-naleven van de gestelde normen.

De wet voorziet dat zij in haar definitief stadium van toepassing komt na een overgangsperiode van drie jaar. Dit houdt in dat nu geen enkel rustoord nog mag opengehouden worden zonder erkend te zijn. In feite zijn op dit ogenblik ongeveer een derde van de rustoorden voor bejaarden erkend. De strafmaatregelen kunnen dan ook slechts toegepast worden in erge en klaarblijkelijke wantoestanden.

Het spreekt vanzelf dat de Belgische wetgevingen op strafrechterlijk, sociaal en ander gebied, zoals op elk ander organisme, eveneens van toepassing zijn op de rustoorden voor bejaarden in verband met de plichten als uitbater, werkgever en dergelijke, b.v. voor de wetten op de arbeidsreglementering, de rijksmaatschappelijke zekerheid, enz.

De toezicht- of inspectiediensten van ieder van deze sectoren hebben ook bevoegdheid, wat hun wetgeving betreft, in de rustoorden voor bejaarden. De directies dienen er wel over te waken steeds die reglementeringen in acht te nemen.

Dit maakt ten andere niet het voorwerp uit van deze studie. Wij beperken ons tot hetgeen tot de eigenlijke wetgeving op de rustoorden voor bejaarden behoort.

Het toezicht.

Het lijkt ons van belang het toezicht te definiëren als het regelmatige nazicht noodzakelijk voor een goede werking.

De wet kent alleen maar het toezicht in de vorm van controle. Doch in de verschillende uitvoeringsbesluiten is er dikwijls sprake van bepaalde personen verantwoordelijk voor één of andere vorm van toezicht. Zo spreekt men van :

— de directie of de verantwoordelijke persoon van de inrichting;
— de of een verantwoordelijke;
— bepaalde personeelsleden, hiervoor vooraf speciaal aangewezen;
— de kostganger zelf;
— de personen verantwoordelijk voor de plaatsing (de familie);
— het organisme verantwoordelijk voor de plaatsing (bv. de C.O.O.);
— de inspecteur van het ministerie van Volksgezondheid of de afgevaardigde van de minister.

De reglementering van de normen bepaalt ondermeer het houden van zekere regelmatige nazichtbeurten, sommige dagelijks (bv. electriciteitsinstallatie, verwarming, keuken), andere toezichtsorganen komen slechts occasioneel of op aanvraag in werking (bv. de huisdokter, de rijksgezondheidsinspecteur).

De controle.

Hoofdstuk III van de wet behandelt het toezicht, meer bepaald in de zin van controle. In artikel 4 is in de oprichting voorzien van de Kommisie voor de rustoorden voor bejaarden. Ze is belast met bepaalde opdrachten zoals we in het voorgaande hoofdstuk hebben gezien. Laten we er nochtans de aandacht op vestigen dat bepaalde leden van deze kommissie « aangeduid worden uit hoofde van hun terzake bekende bevoegdheid » en dat één van de leden-ambtenaren van het ministerie een doctor in de genees-, heel- en verloskunde moet zijn.

Over 't algemeen wordt door de wet (art. 6) « onverminderd de bevoegdheid van de officieren van gerechtelijke politie » het toezicht (controle) toevertrouwd aan « de door de Koning aangewezen ambtenaren of beambten van het ministerie waartoe de openbare onderstand behoort ». Ze oefenen « toezicht uit op de toepassing van de bepalingen van deze wet en van de krachtens deze wet genomen uitvoeringsbesluiten; dit toezicht brengt het recht mede de instelling te bezoeken en ter plaatse zelf kennis te nemen van alle stukken en bescheiden ».

Welke zijn nu deze door de Koning aangewezen ambtenaren?

Het koninklijk besluit van 20 augustus 1968 bepaalt in artikel 1 :

« De ambtenaren en beambten van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin die tot het Bestuur van de Onderstand behoren en aan dewelke Onze Minister van Volksgezondheid een getuigschrift van deze hoedanigheid zal uitgereikt hebben, oefenen de opdracht uit voorzien bij artikel 6 van de wet van 12 juli 1966 op de rustoorden voor bejaarden. »

De taak van deze ambtenaren is :

1) het verzamelen van de nodige elementen die het de kommissie moet mogelijk maken haar taak te volbrengen;

2) het verstrekken van advies aan de minister betreffende het al dan niet erkennen van rustoorden;

3) voorstellen doen betreffende het al of niet nemen van sancties.

De controle van deze ambtenaren uitgeoefend behelst ook « het vaststellen van overtredingen in processen-verbaal die bewijskracht hebben behoudens tegenbewijs. Afschrift wordt de overtreders toegezonden uiterlijk binnen de drie dagen na de vaststelling van de overtreding ».

« De Commissie kan in ieder geval tot de nuttig geachte onderzoekingen overgaan en aan het Bestuur van de Onderstand bijkomende inlichtingen vragen. Zij kan de belanghebbenden en zelfs andere personen oproepen om ze te horen. »

Wij zien aldus dat de controle meer een steekproef is ten einde op onverwachte ogenblikken na te gaan of men wel in regel is met de wet en de opgelegde normen.

Sancties.

Wij dienen een onderscheid te maken tussen de

— administratieve sancties, t.t.z. intrekking van de erkenning, sluiting van de installatie en

— strafrechtelijke sancties die door de bevoegde rechtbanken kunnen uitgesproken worden.

De administratieve sancties worden uitgesproken door de minister, nadat de overtredingen werden vastgesteld door de inspecteurs van zijn administratie en op advies van de Commissie voor de rustoorden.

We menen het nuttig te vermelden dat het de minister is die de macht heeft een rustoord al of niet te erkennen. Anderzijds is er een merkelijk verschil tussen de niet erkenning, de intrekking van de erkenning en de sluiting van de instelling.

De desbetreffende wetteksten luiden als volgt :

« De erkenning kan steeds ingetrokken worden.

» De Minister onder wie de openbare onderstand ressorteert kan bij een gemotiveerde beslissing de sluiting bevelen van een der in artikel één bedoelde inrichtingen, wanneer die niet beantwoordt aan de krachtens artikel 3 vastgestelde normen. »

De strafbepalingen zijn vervat in artikel 8 van de wet :

« § 1. — Onverminderd de toepassing van de in het Strafwetboek gestelde straffen, wordt gestraft met gevangenisstraf van acht dagen tot drie maanden en met geldboete van zesentwintig tot tweeduizend frank of met één van die straffen alleen :

» 1) hij die, met overtreding van artikel 2, § 2, een in artikel 1 bedoelde inrichting exploiteert zonder de erkenning te hebben bekomen;

» hij die, met overtreding van artikel 2, § 2, en in artikel 1 bedoelde inrichting heeft gemaakt van die vergunning of er ten onrechte melding van heeft gemaakt;

» 3) hij die, met overtreding van artikel 7, een inrichting exploiteert waarvoor een sluitingsmaatregel is getroffen.

» § 2. — Bij herhaling binnen twee jaar vanaf het tijdstip waarop een vonnis waarbij een veroordeling wegens een der bij dit artikel bedoelde misdrijven uitgesproken is, in kracht van gewijsde is gegaan, kunnen de straffen worden verdubbeld.

» § 3. — De natuurlijke personen of de rechtspersonen die een inrichting, in overtreding van de bepalingen van deze wet en van de krachtens deze wet genomen uitvoeringsbesluiten, exploiteert, is burgerlijk aansprakelijk voor de betaling van de geldboeten en van de gerechtskosten.

» § 4. — Alle bepalingen van boek I van het Strafwetboek, met inbegrip van hoofdstuk VII en artikel 85 zijn op de in deze wet bepaalde overtredingen toepasselijk.

» § 5. — De hoven en de rechtbanken kunnen bovendien de dader van het misdrijf verbieden een inrichting te exploiteren, zowel persoonlijk als door een tussenpersoon, gedurende een door hen te bepalen periode. Het verbod treedt in werking acht volle dagen na het betekenen van de veroordeling. Overtreding van dit verbod wordt met gevangenisstraf van één maand tot zes maanden gestraft. »

Besluit.

We mogen op dit ogenblik een « niet-erkenning » niet steeds aanzien als een sanctie. Vele rustoorden hebben zich nog niet tijdig en op afdoende wijze kunnen in regel stellen met de voorgeschreven normen. Dit is ten andere de voornaamste reden waarom de overgangsperiode, alhoewel reeds beëindigd, in feite voortgezet wordt.

Tot op heden werden slechts 2 instellingen door een ministeriële maatregel gesloten, terwijl voor een dertigtal de niet-erkenning werd uitgesproken.

Ons inziens heeft de wetgever door deze wetgeving een strikte reglementering, gepaard met een afdoende controle en een blijvend toezicht, in handen van de minister gegeven waardoor deze bij machte is op radikale manier de flagrante misbruiken te bestrijden. Het spreekt vanzelf dat bepaalde procedureregelen dienen in acht genomen te worden en dat ook de rechten van de verdediging moeten gevrijwaard blijven.

Hoofdstuk VI.

FINANCIEEL ASPECT. SUBSIDIERING. BOEKHOUDING VAN DE RUSTOORDEN VOOR BEJAARDEN.

Inleiding.

Men zou dit hoofdstuk kunnen beginnen met enkele bepalingen te geven van termen zoals « financiering » en « rustoord voor bejaarden ». Daar de notie « rustoord voor bejaarden » in het eerste hoofdstuk bepaald werd, moeten wij er niet meer op terug komen.

Daartegen vraagt het woord « financieciering » nadere uitleg.

Voor de voorgenoemde instellingen is « financiering » inderdaad een middel om zich geld te verschaffen. Wij zullen er twee verschillende vormen van dichterbij bekijken.

Enerzijds heeft U de financiering van de exploitatie van de rustoorden voor bejaarden en anderzijds de financiering van een belangrijk element van het patrimonium nl. « het onroerend ».

Wij verwijzen naar de bepaling die de heer Desirotte geeft in zijn boek « Comptabilité des Entreprises », uitgegeven bij de « Editions comptables, commerciales et financières » te Brussel, en wij zullen met hem zeggen dat « het onroerend, goederen zijn met een blijvend karakter ».

Men bedoelt daarmee : het materiaal, de meubilering, de kosten van eerste installatie, van grote onderhoudswerken die vernoemd worden in klasse 4 van het boekhoudkundig plan dat in bijlage van het koninklijk besluit dd. 22 maart 1968 verschenen is.

1. Financiering van de exploitatie.

De wetten en besluiten, aangaande de rustoorden voor bejaarden, verschenen sinds 1966, reppen niet het minste woord over de middelen van financiering van de bedrijfskosten van de instellingen.

In de bijlagen van het koninklijk besluit dd. 22 maart 1968 leest men nochtans in hoofdstuk VI, § 2 : « Bovendien wordt voor elke bejaarde een individuele rekening bijgehouden op een steekkaart volgens bijgevoegd model. Maandelijks kan de belanghebbende zelf, of de personen of organismen die voor zijn plaatsing instaan, inzage nemen van de stand der rekening ».

De financiering gebeurt dus langs private personen en langs zekere onderstands organismen. De personen zijn : hetzij de bejaarde zelf, hetzij zijn familie, terwijl de onderstandsorganismen gewoonlijk de commissies van openbare onderstand zijn (*).

Inderdaad, als men de wetgeving aangaande de commissies van openbare onderstand van 27 november 1891, 2 april 1965 en 9 juli 1971 raadpleegt, stellen wij vast dat zij namelijk de verplichting hebben tussen te komen ten voordele van de bejaarden die opgenomen zijn of gehuisvest in rustoorden. Wij kennen trouwens de rustoorden voor bejaarden gebouwd door de commissies van openbare onderstand alsmede hun tussenkomst ten voordele van de bejaarden gehuisvest in de private sector.

Daartegenover, indien de herkomst van de financiering bepaald is, geeft de wetgeving geen cijfers die er de omvang van geeft.

Wij kunnen nochtans vaststellen dat in de bijlage van het koninklijk besluit dd. 22 maart 1968 men in het boekhoudkundig plan onder klasse 7 onder de termen « te verdelen kosten » de verschillende elementen terugvindt die de gemiddelde prijs per dag, opgemaakt in functie van de geboekte kosten, vormen.

Het zijn :

de afschrijvingen;
de financiële lasten;
de algemene kosten;
de onderhoudskosten;
kosten van verwarming;
administratieve kosten;
kosten voor wasserij, linnen;
kosten voor de voeding;
internaat's kosten.

De medische kosten komen in deze opsomming niet voor. Als men verwijst naar de

(*) Het zou hier, ter illustratie, interessant zijn de bepaling te geven van de onderstands woning of van de steunverlenende commissie. Gezien de wet van 9 juli 1971, van toepassing vanaf 1 januari 1972, is het de commissie van openbare onderstand van de gemeente waar de betrokkene ingeschreven is, op het ogenblik dat hij in een rustoord voor bejaarden wordt opgenomen, die bevoegd is om hulp te verlenen. In vele gevallen is het de gewoonte dat de commissies aan de belanghebbende een rekwisitorium toestaan dat hun eventuele tussenkomst verzekert in de verblijfkosten in een rustoord voor bejaarden.

bepaling van de bewezen diensten aan de bejaarden (zie hoofdstuk I van dit werk) stellen wij vast dat voor een bejaardentehuis de medische zorgen geen kenmerkende faktor zijn. Deze zorgen worden beschouwd als individuele prestaties die dus gedragen worden door de bejaarde zelf en/of door de verzekeringsorganismen.

Gezien het steeds groter aantal invaliden en de psychologische problemen die hun overbrenging in een andere instelling, wanneer hun handicap toeneemt, met zich meebrengt zou het wenselijk zijn gemengde instellingen te voorzien met een sectie voor de invaliden. Men zou dan meer personeel nodig hebben en dan ook meer gekwalificeerd personeel. De bijkomende kosten die hier uit voortspruiten zouden een tussenkomst van de Staat verrechtvaardigen. Deze tussenkomst zou de vorm kunnen aannemen van een dagelijks forfait dat het pensioen, betaald door de bejaarden, zou aanvullen, ofwel van een toelage die gelijk is aan de wedden van het gekwalificeerd personeel waarvan de aanwezigheid absoluut noodzakelijk is. De staat van invaliditeit van iedere bejaarde wordt vastgesteld langs medische criteria. Daarom zou het wenselijk zijn dat ieder medisch dossier regelmatig nagezien wordt zoals het voorzien is in de erkenningsnormen (K.B. dd. 22 maart 1968). Het koninklijk besluit dd. 22 mei 1972 tot vaststelling van bijzondere voorwaarden voor het verlenen van toelagen voor het bouwen of het verbouwen van rustoorden voor bejaarden bevestigt deze evolutie daar de financiële steun van de Staat uitsluitend gaat naar de instellingen die bij voorrang bejaarden aannemen die moeten worden geholpen bij het verrichten van de essentiële handelingen van het leven.

2. De financiering van het bouw en van het verbouwen van het « onroerend ».

De openbare diensten hebben op dat punt vooral hun aandacht gevestigd sinds 1949 (*).

(*) Besluit van de Regent dd. 2 juli 1949 betreffende de tussenkomst van de Staat inzake subsidies voor de uitvoeren van werken door de provincies, de gemeenten of de verenigingen van gemeenten.

Men moet nochtans de aandacht vestigen op het feit dat het besluit van de Regent dd. 2 juli 1969 in artikel 4 bepaalt dat de tussenkomst van de Staat verleend wordt voor de werken die een zekere weerslag hebben op de volksgezondheid en op de stedebouwkunde. Het gaat dus helemaal niet over een exclusiviteit voor de huizen die bejaarden huisvesten. Het zou ten goede komen aan de openbare sector van de rustoorden die in de hoedanigheid van ondergeschikte macht bedrijvig is in deze sectoren. De tussenkomst werd vastgesteld op 60 %.

In praktijk werd het principe van de subsidies aan de rustoorden voor bejaarden zowel voor de openbare als voor de private sector nader bepaald in het wetsvoorstel neergelegd in de Senaat op 13 juni 1969 (*). Dit wetsvoorstel werd definitief gestemd, door de Senaat op 26 november 1970 en door de Kamer op 22 maart 1971.

Het gaat hier over een kaderwet die uitvoeringsbesluiten vergt nl. voor de inschrijving van de bedragen op het budget en voor het nader bepalen van de criteria voor de verdeling.

Artikel 1 van deze wet bepaalt dat de betrokken instellingen deze zijn die, door de wet van 12 juni 1966 op de rustoorden voor bejaarden, gedefinieerd werden. Het gaat dus over een uitbreiding van de tussenkomst van de Staat daar voortaan deze subsidies zowel aan de private sector als aan de openbare sector verleend worden.

Een belangrijk element moet men onthouden : deze subsidies worden inderdaad ook verleend voor de verbouwing van de instellingen. Het gaat hier niet alleen over een optie van meer bedden te bouwen maar ook van de bestaande bedden in de bejaardentehuizen te verbeteren. Dit schijnt een gunstig antwoord te zijn van de Staat tegenover de eisen van de erkenning nl. inzake veiligheid. Men moet nochtans vaststellen dat deze tussenkomst verschilt naargelang het gaat over de openbare sector (60 %) en de pri-

(*) Senaat van België. Wetsvoorstel voorgesteld door de heren Hulpiau, Barbeaux, Custers, De Bucquoy, Houben en Kevers.

vate sector (50 %) (*). Met de amendementen te lezen die de regering ingediend heeft tijdens de discussies van het wetsvoorstel begrijpen wij beter dit verschil van percentage dat voorkomt uit het feit dat de openbare machten die rustoorden voor bejaarden beheren voor grotere eisen staan wat betreft de hulpverlening (**). Daarbij, als de betrokken instellingen bepaald werden in artikel 1 van de wet dd. 12 juli 1966, § 1 van artikel 3 van de huidige wet beperkt zich nochtans de private sector tot de instellingen van openbaar nut en de V.Z.W. Dientengevolge mogen de rustoorden voor bejaarden van de private sector, zelfs als ze erkend zijn, geen subsidies ontvangen als hun juridische staat niet overeenkomt met deze twee categories van instellingen.

Nergens bepaalt men de grootte van de financiële steun verleend door deze wet. Paragrafen 2, 3 en 4 van artikel 3 van de wet van 22 maart 1971 geven nochtans enkele aanwijzingen wat betreft de criteria die moeten weerhouden worden om er de grenzen van te bepalen. Inderdaad indien voor de verbouwingswerken alle gevallen apart worden behandeld, zal de minister integendeel voor de nieuwbouw rekening houden met een forfaitaire prijs per bed (***).

Anderzijds om alles juist te verdelen, eist de wet dat de betrokken instelling zich verbindt de erkenningsnormen, bepaald in de koninklijke en ministeriële besluiten, na te leven en zich inschakelt in een nationaal programma, bepaald door de Koning na deliberatie in de Raad van Ministers en na advies van de Commissie van de rustoorden voor bejaarden. Men mag ook de rechtmatige bezorgdheid van de wetgever onderstrepen die subsidies toekent daar waar een zekere rentabiliteit en continuïteit verzekerd is, omdat een minimum van 40 bedden is vereist. In dat verband, stellen wij vast dat het hoger vernoemde boekhoudkundig plan, uitgesteld werd door artikel 1 van het koninklijk besluit dd. 30 augustus 1968. Aanvankelijk ging het maar de instellingen aan die minstens 40 bedden telden.

Onderverdeeld in negen klassen, laat dit boekhoudkundig plan hun toe de industriële boekhouding toe te passen. Met deze laatste kan men bij het einde van een boekjaar het bilan en de exploitatierekening opmaken. Het bilan geeft de financiële toestand bepaald door het actief en het passief, die men bij het eindeboekjaar vaststelt. Met de exploitatierekening daarentegen heeft men de kosten en de ontvangsten, en dat laat toe het financieel jaarresultaat te bepalen alsmede de kostprijs per dag.

Verwijzend naar dit verplichtend boekhoudkundig plan dd. 1963 voor de ziekenhuizen kan men veronderstellen dat de berekening van deze kostprijs gebeurt door het verdelen van verschillende kosten en dit in functie van verschillende voorlopige en definitieve kostenstaten (gelijk aan de elementen van de kostprijs).

Het koninklijk besluit nochtans geeft geen codenummer voor de definitieve kostenstaten en zegt alleen dat er directe kosten zijn (klasse 6) en te verdelen kosten (klasse 7). Voor zover de instelling alleen bejaarden huisvest en geen andere activiteiten heeft, zou het voor de beheerder gemakkelijker zijn de instelling te beschouwen als een enkele kostenstaat waarop al de kosten die men tegenkomt worden gevoegd.

Indien sommige maaltijden aan het personeel worden gegeven dan moeten deze in mindering komen van de voedingskosten weerhouden voor de berekening van de kostprijs.

(*) Artikel 7 van de wet dd. 22 maart 1971 geeft aan de Minister de macht om 75 % te verlenen aan de openbare sector als er een zekere hoogdringendheid bestaat.

(**) Document 49 van de Senaat, 4 november 1970 artikel 3, rechtvaardiging.

(***) Wanneer de wet gestemd werd, was de prijs per bed voor de openbare sector vastgesteld op 475.000 F. Deze prijs zal in een afzienbare tijd vastgelegd worden door een ministerieel besluit in uitvoering van de nieuwe wet.

Sommigen zouden kunnen beweren dat het voldoende is een exploitatierekening op te maken met berekening van de kostprijs. Wij stellen nochtans voor van een volledige boekhoudkundige formule te behouden die het opmaken van een bilan mogelijk maakt.

Indien deze formule inderdaad ingewikkelder is heeft zij als groot voordeel de financiële toestand duidelijker weer te geven nl. tegenover de subsidies verleend in het kader van de wet van 22 maart 1971.

Men moet ook § 2 van artikel 5 van de wet van 22 maart 1971 vermelden.

Daar wordt gezegd dat de Koning, op advies van de commissie, andere voorwaarden die nl. betrekking hebben op zekere categories personen, mag stellen.

Deze worden door het koninklijk besluit dd. 2 mei 1972 bepaald. In dit koninklijk besluit wordt er gezegd dat de instellingen die subsidies vragen bij voorrang bejaarden zullen moeten aannemen die moeten worden geholpen bij het verrichten van de essentiële handelingen van het leven of die niet over voldoende geldmiddelen beschikken om zelf de volledige prijs van het pension te betalen.

Er moet gezegd worden dat er voor de tweede categorie personen, in dit koninklijk besluit vernoemd, door de betrokkenen een bewijs van financiële waarborg van een commissie van openbare onderstand mag geëist worden.

Het is duidelijk dat die nieuwe voorwaarden een weerslag zullen hebben op de exploitatiekosten van de instellingen.

Het blijkt dus duidelijk dat met de wet van 22 maart 1971 en zijn uitvoeringsbesluiten de wetgever hoofdzakelijk getracht heeft dat de Staat financieel tussenkomt voor de bouw en verbouwingen van instellingen die de minst bedeelden onderbrengen. Wij durven hopen dat de twee begunstigde sectoren nl. de instellingen van openbaar nut, V.Z.W. en ondergeschikte machten op dezelfde voet zullen geplaatst worden voorwat de voorafgaande akkoorden en de opening van de werven betreft.

Hoofdstuk VII.

CRITERIA. ONTWERP VAN PROGRAMMA.

Inleiding.

In dit hoofdstuk zal men meer in 't bijzonder de voornaamste criteria trachten vast te stellen die ons zullen toelaten de basis te leggen van een nationaal programma. Men zal tevens ook een poging doen om de budgettaire belangrijkheid ervan uit te cijferen.

Dit programma werd eerst opgemaakt in de geest van de wetgever die het wetsvoorstel dd. 13 juni 1969 gestemd heeft. Daarna zullen wij de noden schatten op basis van het programma-aantal bepaald door het koninklijk besluit dd. 2 mei 1972.

1. Criteria.

Het document 430 van de Senaat, dat het wetsvoorstel dd. 13 juni 1969 hernam, vond nl. zijn verechtvaardiging in de evolutie van de ouderdomsstructuur van de Belgische bevolking.

De voorspellingen van het Nationaal Instituut voor Statistieken bevestigt inderdaad dit verschijnsel. Zie hieronder :

Jaar	*Bevolking*	*Bejaarden (basis 60 j.)*	*%*
1965	9.499.234	1.662.895	17,49
1970	9.681.745	1.767.384	18,25
1975	9.871.573	1.821.747	18,44
1980	9.867.028	1.820.484	18,45

Ons land zou dus voor een groot aantal van deze bejaarden over rustoorden moeten beschikken die hen de materiële welvaart geven en een psychologisch klimaat scheppen die hen ten goede komt.

Het aantal nodige bedden bepalen is moeilijk daar de adviezen verdeeld zijn en de regio verschillend. Degenen die het wetsvoorstel neergelegd hebben, hebben de nood aan bedden op 7 % van de bejaardenbevolking geschat.

Als men een totale bevolking van 9.690.991 inwoners op 31 december 1970 in aanmerking neemt waarvan ongeveer 13,5 % de ouderdom van 65 jaar bereikt hebben, dan zou men de noden kunnen schatten op 91.580 bedden. Men zou dus 35.000 bedden moeten bouwen als men rekening houdt met de lijst van het ministerie dd. 31 december 1970 waar men 56.625 bedden telt.

Daartegenover, voorziet een studie van de heer Dooghe « Bevolking en Familie », blz. 138, dat er vóór 1970, 50.857 alleenstaande bejaarden een onderdak in een bejaardentehuis zouden moeten vinden.

Deze schatting vindt haar grondslag in een enquête over de bevolking van het Studiecentrum van de bevolking en de familie, die wetenschappelijke gestaafde criteria zoekt om de noden van het land te bepalen.

De heer Dooghe beperkte de opname in de rustoorden voor de gevallen waar precieze aanwijzigingen speelden, van waaruit hij naar een wenselijke of noodzakelijke opname concludeerde.

Hij legde de nadruk op het feit dat voor 20.320 alleenstaande bejaarden de opname in een bejaardentehuis noodzakelijk was en dat van 30.937 het slechts wenselijk was.

Men mag dus de cijfers van dhr Dooghe als een absoluut minimum beschouwen dat met geen andere criteria die de opnamen in een bejaardentehuis verrechtvaardigen, rekening houdt.

De wachtlijsten in de meeste inrichtingen, en de dagelijkse moeilijkheden die de sociale diensten, belast met het plaatsen van bejaarden, ondervinden tonen aan dat de werkelijke noden schommelen tussen die twee schattingen.

Wij merken ook de moeilijkheden op van de bestaande instellingen om aan de erkenningsnormen te beantwoorden en wij verwijzen ook naar de wet dd. 22 maart 1971 die in artikel 2 ook spreekt van verbouwing. Daaruit concluderen wij dat minstens 15 % van de bestaande bedden dienen vervangen te worden.

Daarbij hebben wij geschat dat minstens 25 % van de bedden voorbehouden dienen te worden aan de invaliden. Heel waarschijnlijk is deze proportie niet juist en zal in de komende jaren steeds vergroten.

Het is zo dat ons ontwerp van programma gebaseerd is op twee kosten van bedden van een rustoord voor bejaarden. Tijdens de discussie van het wetsontwerp heeft de minister van Volksgezondheid bevestigt dat het plafond per bed op 475.000 frank kwam. Daartegenover bepaalt een ministerieel besluit dd. 1 juli 1971 de kostprijs per bed in een V-dienst (dienst voor chronische zieken) op 725.000 frank. Gezien een sectie voor invaliden van een bejaardentehuis en een V-dienst zekere gelijkenissen tonen, hebben wij het plafond van 725.000 frank weerhouden voor de bedden gereserveerd voor de invaliden.

2. Programma.

Op de basis van hierboven vermelde criteria zouden wij de volgende berekening kunnen doen :

A. *Volgens de geschatte noden bij het wetsvoorstel.*

1. Normale noden 35.000 bedden
2. Te vervangen bedden 8.000 bedden

Totaal 43.000 bedden

3. Verdeling van de bedden :
   3/4 validen 32.250
   1/4 invaliden 10.750

   43.000

4. Uitvoering van het programma in 10 jaar, dus : 2.866 bedden waarvan
   2.150 voor validen
   716 voor invaliden.
5. Voorgesteld plafond :
   2.150 bedden à 475.000 fr. 1.021.250.000
   716 bedden à 725.000 fr. 519.100.000

   1.540.350.000

6. Tussenkomst van de Staat :
   50 % privaat
   60 % ondergeschikte machten
   gemiddelde 55 % :

$$\frac{1.540.350.000 \times 55}{100} = 847.192.500 \text{ fr.}$$

B. *Volgens het programma-aantal bepaald door het koninklijk besluit dd. 2 mei 1972.*

De wetgever is van oordeel geweest dat men in België 7 bedden per 1.000 inwoners moet voorbehouden aan de bejaarden.

Op basis van de bevolking dd. 31 december 1970 maakt dat 67.837 bedden, terwijl er op hetzelfde tijdstip 56.625 bedden bestaan. Er zou dus een tekort zijn van 12.000 bedden.

Als men als basis dezelfde criteria neemt voor de te vervangen bedden en voor de bedden die men voor de invaliden behoudt zouden wij de volgende budgetaire voorzieningen kunnen doen :

1. Normale noden	12.000 bedden
2. Te vervangen bedden	8.000 bedden
	20.000 bedden
3. Verdeling van de bedden :	
3/4 validen	15.000
1/4 invaliden	5.000
	20.000
4. Uitvoering van het programma in 15 jaar, dus ongeveer :	
1.350 bedden per jaar waarvan	
1.013 voor validen	
337 voor invaliden.	
5. Voorgesteld plafond :	
1.013 bedden à 475.000 fr.	481.175.000
337 bedden à 725.000 fr.	244.325.000
	725.500.000

6. Tussenkomst van de Staat :
50 % privaat
60 % ondergeschikte machten
gemiddelde 55 % :

$$\frac{725.500.000 \times 55}{100} = 399.025.000 \text{ fr.}$$

Wij moeten ook laten opmerken dat de minister van Volksgezondheid nog een ministerieel besluit moet laten verschijnen dat de maximum prijs per bed zal bepalen. Wanneer men deze maximum kostprijs per bed zal kennen, zal men dan eerst de draagwijdte van de wet van 22 maart 1971 kunnen vaststellen.

Het was ook interessant geweest de bedragen die op het krediet noodzakelijk geacht werden en opgenomen op het budget van Volksgezondheid te vergelijken.

Jammer genoeg heeft het voorstel van budget slechts een precies programma opgesteld voor de private sector. Het programma van de openbare sector slaat niet alleen op de bouw of de verbouwing van de rustoorden voor bejaarden.

Te noteren valt dat de private sector slechts een programma heeft voor 120 miljoen frank wat toelaat 500 bedden te bouwen.

Wij kunnen aannemen dat 1972 misschien een overgangsjaar is waar de noden van de private sector minder gekend zijn. Het is nochtans zeker dat de kredieten voor de private sector in de komende jaren dienen verhoogd te worden als men een zekere rechtvaardigheid wil behouden tussen beide sectoren.

Het zou wenselijk zijn dat de verdeling zou worden gebaseerd op een grondige studie van de noden van iedere streek en van de aangangzijnde of toekomstige initiatieven van de openbaar en privaat sectoren. In deze gedachtengang, zouden de dossiers die bij de minister ingediend werden of die reeds een principieel akkoord gekregen hebben, zich moeten inschakelen in een dergelijk programma.

Wij hopen dat alle betrokken sectoren samen de basissen van een nationale planning kunnen bepalen met de blijvende bekommernis van iets noodzakelijks te doen voor de bejaarden van ons land.

BESLUITEN.

De hierboven uiteengezette studie heeft als doel, einde 1972, precies te zeggen welke de toestand is aangaande de wetgeving betrekkelijk de rusthuizen voor bejaarden.

Met het herinneren aan de voorschriften der wetten van 1966 en 1971 hebben de auteurs getracht deze te plaatsen in het kader der bedoelingen van de wetgever.

Daarna hebben ze ook in een uitgebreid commentaar, de schikkingen van de koninklijk

lijke besluiten aangehaald die het uitvoeren der wetten beheersen.

Zodoende, moest de uiteenzetting uitkomen op de modaliteiten van toepassing in de verscheidene sectors van de goedkeuring en het toezicht door de openbare machten.

Het weze ons veroorloofd in deze besluiten terug te komen op de bestaande toestanden en een of ander vonnis te vellen.

Eerst en vooral leren ons de feiten dat de door de minister genomen beslissingen wat de goedkeuring der instellingen betreft, het percentage van 50 % van de ingediende aanvragen niet bereikt is en dit na een periode van 6 jaar toepassing. Zullen we werkelijk 12 jaar nodig hebben om het werk te voleindigen? Zulk een mogelijkheid mag niet aangenomen worden. De nodige maatregelen moeten dus getroffen worden.

Op welke manier?

Het is algemeen bekend dat zeer vele inrichtingen tot hiertoe van de brandweer geen attest hebben kunnen bekomen verklarende dat voldoende voorzorgsmaatregelen genomen werden aangaande de bescherming tegen brand.

De specialisten van de interministeriële commissie voor de preventie tegen brand hebben een nieuwe reglementatie op punt gesteld. We hopen dat deze tekst rekening houdt met de ervaring. Daarom mag men met recht hopen dat de nieuwe maatregeling zal kunnen toegepast worden in de meeste gevallen. Deze regels zouden natuurlijk zo spoedig mogelijk uitgevaardigd moeten worden door een koninklijk besluit.

Het is de minister van Volksgezondheid die hier de initiatief moet nemen. Mogen we dan de wens uitdrukken dat alle nuttige maatregelen zullen getroffen worden om de reglementatie en de rechtspleging te vereenvoudigen op zulke wijze dat het groot aantal dossiers die sedert 5 tot 6 jaar in onderzoek zijn tot een eindbeslissing kunnen komen?

We weten dat een versoepeling van de huidige reglementatie niet gemakkelijk is wanneer men de preventie tegen brand met een onbeperkte geest van verantwoordelijkheid beschouwd. Maar het is van belang de werkelijkheid het hoofd te bieden en te begrijpen dat de rusthuizen die sedert lang wachten aangenomen moeten worden, ook aan de andere zijde met voorziening te handelen voor de op te bouwen inrichtingen met de eisen van het bestek die een maximum veiligheidsmaatregelen bevatten.

Er dient ook opgemerkt te worden dat de huisvesting voor bejaarden andere risico's meebrengt dan die welke de wetten van 1966 en 1971 hebben willen vermijden; we denken aan de gevallen van geestesgestoorde bejaarden die aan allerlei misbruiken blootgesteld zijn.

Deze persoonlijke toestanden staan buiten het kader der reglementatienormen. Ook is het door andere mogelijkheden dat hier redmiddelen aangebracht moeten worden. De problemen zijn overeenkomstig met wat voorkomt bij geestesgestoorden voor dewelke voogdijschap en tijdelijke rechtsbedeling bestaat. Deze problemen zouden best de aandacht van de minister kunnen weerhouden.

Alhoewel, principieel, de wetten van 1966 en 1971 dezelfde inrichtingen bedoelen is er nochtans een groot verschil in de toepassing. Alle inrichtingen zijn aan de wet onderworpen, doch al deze die tot de openbare machten behoren of instellingen zonder winstgevend doel kunnen gesubsidieerd worden, vooral wanneer ze zich richten tot personen die geholpen en opgepast moeten worden. We denken dat het rechtvaardig is onderscheiding te maken tussen speciaal ongelukkige bejaarden en andere kostgangers die betalen en valied zijn.

Men mag aannemen dat eenzame personen hun tehuis verlaten om in een familiepension te leven. De mogelijkheden in dit domein wikkelen zich regelmatig uit : home, logement foyer, seniorie, enz.

Integendeel zal de gehandicapte persoon zeer zelden een antwoord vinden voor zijn problemen wanneer het verlaten van zijn woning noodzakelijk wordt.

In een welopgevat plan moeten natuurlijk de chronisch zieke bejaarden van een speciale gunst genieten en hun noden moeten

met voorrang bestudeerd worden. Opbouwen van geriatrische afdelingen of hospitalen moeten de prioriteit hebben in plaats van weelderige rusthuizen te dikwijls bestemd voor kiezers die niet de minste sociale hulp nodig hebben.

De bejaarden van onze tijd, vooral wanneer ze in slechte financiële- en/of gezondheidstoestand vertoeven, moeten een waaier van antwoorden vinden voor de oplossing van hun problemen. Ze moeten deze uitslag vinden niet als een milde gift maar wel als iets dat hun toekomt. De maatschappij moet deze verplichtingen op haar nemen in hun geheel. Onze bejaarden moeten leden blijven van onze gemeenschap en we hebben allen onze verplichtingen in deze problemen opdat elkeen het huis, de diensten, de plaats en het bed dat hem past zo goed mogelijk zou vinden.

P.S. — De werkgroep verantwoordelijk voor deze studie was samengesteld als volgt :

Mevr. SOMBRYN van de C.O.O. Brussel;
VERMOTE van de Identificatiedienst;

HH. FIEVET van de Commissie der Rusthuizen;
MICHIELS van de Commissie der Rusthuizen;
VAN GENECHTEN van de Identificatiedienst;
SELVAIS van het Ministerie van Volksgezondheid.

WETTELIJKE TEKSTEN

I. Wet van 12.7.1966 (B.S. 8.9.1966) gewijzigd bij de wet van 10.5.1967 (B.S. 6.6.1967).	op de rustoorden voor bejaarden.
A. *Commissie tot erkenning en rechtspleging van erkenning.*	
— K.B. van 14.6.1967 (B.S. 25.7.1967)	betreffende de werking van de Commissie der rustoorden voor bejaarden.
— M.B. van 15.6.1967 (B.S. 25.7.1967) + bijlage	tot goedkeuring v/h. reglement van inwendige orde van de Commissie der rustoorden voor bejaarden.
— K.B. van 12.5.1969 (B.S. 17.6.1969)	tot bepaling van het bedrag van de presentiegelden en de vergoedingen welke uitgekeerd worden aan de voorzitter en de leden van de commissie belast met de studie van de problemen betreffende de toepassing van de wet van 12 juli 1966 op de rustoorden voor bejaarden.
— K.B. van 22.3.1968 (B.S. 30.4.1968)	betreffende de rechtspleging van erkenning en sluiting van de rustoorden voor bejaarden
B. *Normen.*	
— K.B. van 22.3.1968 (B.S. 30.4.1968) + bijlage gewijzigd bij K.B. van 30.8.1968 (B.S. 1.10.1968) en bij K.B. van 28.5.1969 (B.S. 21.6.1969)	tot vaststelling van de normen waaraan de rustoorden voor bejaarden moeten voldoen.
— K.B. van 16.6.1967 (B.S. 13.7.1967) + bijlage	tot vaststelling van de veiligheidsnormen waaraan de rustoorden voor bejaarden moeten voldoen.
— Arrest van de Raad van State van 6.6.1969 (B.S. 18.7.1969)	tot vernietiging van art. 15, 1 par. 2 van de bijlage van het K.B. van 16.6.1967 in zover het een beslissingsrecht verleent.
— K.B. van 12.8.1967 (B.S. 9.9.1967) + bijlage	tot vaststelling van de voorwaarden in verband met de brandbeveiliging, de verpleging, het geneeskundig toezicht en de beddencapaciteit, waaraan de rustoorden voor bejaarden moeten voldoen om voorlopig erkend te worden.
C. *Controle (mandaten van toezicht).*	
— K.B. van 20.8.1968 (B.S. 1.10.1968)	houdende aanwijzing van de ambtenaren of beambten van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin die belast worden met de opdracht voorzien bij art. 6 van de wet van 12 juli 1966 op de rustoorden voor bejaarden.
II. Wet van 22.3.1971 (B.S. 7.4.1971)	tot subsidiëring van de bouw van rustoorden voor bejaarden.
— K.B. van 2.5.1972 (BS. 30.5.1972)	tot vaststelling van de criteria voor het uitwerken van een nationaal programma van rustoorden voor bejaarden.
— K.B. van 2.5.1972 (B.S. 30.5.1972)	tot vaststelling van bijzondere voorwaarden voor het verlenen van toelagen voor het bouwen of het verbouwen van rustoorden voor bejaarden.

HULP VERSTREKT AAN BEJAARDEN TE FARCIENNES

door J. Nihon,

Ondervoorzitter van de Nationale Stichting voor Bejaardenzorg.

TOESTANDEN TER BESCHOUWING.

De hulp aan bejaarden dringt zich hoe langer hoe meer op aan onze maatschappij. Zulks is verheugend en een maximum aan efficaciteit dient te worden nagestreefd in alles wat, rechtstreeks of onrechtstreeks, kan bijdragen om levenskracht en levenslust te behouden bij al degenen die tot de 3e leeftijd behoren.

Gezien hun groot aantal en de menigvuldige persoonlijke problemen waarmede elk van hen kan geconfronteerd worden in de loop van de hun resterende jaren, kan nooit teveel aandacht besteed worden aan hun diverse behoeften evenals aan de omstandigheden waarin deze noden zich voordoen, wil men er op de meest geschikte en doeltreffende manier aan beantwoorden.

De gerontologische organisatie ontwikkelt zich geleidelijk in die richting, langsom meer aangemoedigd door een sociale politiek die haar steun verleent onder de vorm van financiële bijdragen beter aangepast aan de behoeften die deze ontwikkeling met zich brengt. De nood aan dergelijke tegemoetkomingen doet zich dringender gevoelen in de grote wooncentra waar, bijgevolg, de inplanting van instellingen en van diensten die min of meer beantwoorden aan de behoeften, door de sociale politiek aangemoedigd werden.

Deze relatief bevredigende toestand voor bejaarden van de grote centra bestaat evenwel weinig of niet in een groot aantal kleine steden en gemeenten waar de noden eigen aan de 3e leeftijd minder nadrukkelijk tot uiting komen. Nochtans zijn ook daar ouderen die lijden aan fysieke of mentale stoornissen of onbekwaam zijn om zich alleen te behelpen en bijgevolg in een rusthuis moeten geplaatst worden of verwezen worden naar een verzorgingsinstelling. Er zijn ook daar gezonde ouderen, niet zonder bestaansmiddelen, die verkiezen hun pensioentijd rustig te slijten in een rusthuis voor bejaarden van hun keus. Men dient dergelijke keus natuurlijk te eerbiedigen, maar toch is het de meest dringende taak van de maatschappij om een voldoend aantal bedden bij voorrang ter beschikking te stellen van de minst bedeelden die, door de omstandigheden, gedwongen zijn hiertoe hun toevlucht te nemen.

Wij leggen hierop de nadruk om te herinneren aan het feit dat er op het huidig ogenblik, in ons land, een tekort is van tenminste 8.000 bedden en dat, buiten de ongeveer 80.000 bejaarden die in aanmerking komen voor plaatsing in een rusthuis, er nog ongeveer 1.200.000 andere bejaarden zijn die dienen aangespoord en aangemoedigd te worden om zolang mogelijk in hun eigen woning en dus in hun eigen vertrouwd leefmilieu te blijven en zodoende een persoonlijk en zelfstandig leven te leiden.

Men weet wel dat onder deze ontelbare bejaarden duizenden over een veel te gering pensioen beschikken en dat de sociale solidariteit moet bijtreden om te verhelpen aan de moeilijkheden die daaruit voortspruiten. Men weet ook dat de anderen, een

meerderheid, er in slagen te leven zonder te veel moeilijkheden dank zij een goede gezondheid en een relatieve bestaanszekerheid steunend op een voldoende minimum aan inkomsten en op de betrekkingen met familie en geburen; ook dikwijls dank zij het feit dat zij mede geëvolueerd zijn en gelukkig zijn door het besef van hun eigenwaarde en door de achting van de anderen.

Helaas! weet men echter dat een ogenblik aanbreekt waarop de krachten afnemen, waarop een zekere levensmoeheid zich aan het bewustzijn opdringt. Zulks kan zware gevolgen hebben daar het mentaal of het fysiologisch evenwicht kan verbroken worden waardoor min of meer erge stoornissen in de gezondheidstoestand kunnen optreden.

Tegenover de problemen die zich stellen door de verspreiding van deze tienduizenden ouderen in honderden weinig bevolkte woonplaatsen en in enkele andere met een grotere bevolkingsdichtheid, heeft onze Commissie van Sociale Dienst de zorg op zich genomen om een studie te maken van wat zou kunnen verwezenlijkt worden om deze bejaarde personen te helpen door hen in de mogelijkheid te stellen ter plaatse of in de naaste omgeving de hulp te vinden van diensten die aangepast zijn aan hun behoeften.

Na vernomen te hebben dat de gemeente Farciennes een geheel van dergelijke diensten opgericht heeft ten behoefte van de 3e leeftijd, heeft onze Commissie de toelating gevraagd en bekomen om deze van nabij te leren kennen. Wij hebben er vitale verwezenlijkingen aangetroffen die niet aan de aandacht van de lokale bevolking ontgaan zijn door de geest waarmee ze bezield zijn en door de doeltreffendheid van hun tegemoetkomingen. Werkelijk een mooi voorbeeld om na te volgen. Daarom willen wij het onze ertoe bijdragen om ze bekend te maken.

HET VOORBEELD OM NA TE VOLGEN.

Farciennes is een gemeente in Henegouwen die behoort tot het arrondissement Charleroi. Zij telt ongeveer 10.500 inwoners. Daaronder vindt men, naar hetgeen Mevr. Piccolotto-Steinier, sekretaresse van de C.O.O. ons mededeelt :

4,9 % personen in de leeftijd tussen 55 en 59 jaar;
4,8 % personen in de leeftijd tussen 60 en 65 jaar;
12,4 % personen van meer dan 65 jaar.

Het geheel van de bevolking omvat bijna 30 % vreemdelingen behorend tot 28 nationaliteiten. Andere kenmerken : de gemeente telt een groot aantal oud-mijnwerkers die, aangetast door chronische ziekten, zich dikwijls verplicht gezien hebben op pensioen te gaan lang vóór hun 65 jaar; anderzijds leven er, lang voor de pensioenleeftijd, alleenstaande weduwen, waaronder veel weduwen van mijnwerkers.

Om over te gaan tot de studie van de problemen eigen aan de 3e leeftijd en oplossingen te vinden die best zouden beantwoorden aan de toestanden eigen aan Farciennes, hebben het Gemeentebestuur en de Commissie van Openbare Onderstand het belang ingezien van een samenwerking in wederzijds vertrouwen.

Bijgevolg hebben zij een « *Comité d'études des problèmes du 3e âge* » samengesteld dat zich tot doel gesteld heeft een te dure hospitalisatie-politiek te vermijden en de gepensionneerden in staat te stellen om in hun eigen tehuis te blijven.

Door deze keuze was men genoopt volgende oogmerken na te streven : de bejaarde te valoriseren, de afzondering van de gepensionneerde te verbreken, diensten op te richten die beantwoorden aan zijn noden, de gehele bejaardenbevolking inlichten, de aandacht van de publieke opinie trekken op haar problemen en alle akties coördineren die ter zijner behoeve op touw gezet worden.

Dit « Comité » omvat afgevaardigden van beide bestuursorganen en de sociale assistenten aangeworven door beide sociale diensten. Stilaan heeft zich een aktie ontwikkeld waardoor zijn middelen op zulke wijze aangevuld worden dat de gemeente op dit ogenblik begiftigd is met een echte gerontologische

organisatie. Het « Comité » heeft een « Guide 1971 » uitgegeven ter intentie van de ouderen die, welke ook hun inkomsten mogen zijn, recht hebben op de voordelen van de bestaande diensten.

Bovendien organiseert het « Comité » elk jaar een uitgebreide informatiebijeenkomst waarop een belangrijk aspekt besproken wordt van de behoeften eigen aan de derde leeftijd. In 1971 heeft één van de uitstekende bezielers van de diensten die te Grenoble opgericht werden voor de ouderen een uiteenzetting komen geven van zijn bevindingen; in 1972 is het Dokter Longueville, van Parijs, die volgende drie onderwerpen behandeld heeft :

1) de aspekten van de cardio-vasculaire veroudering en het locomotrisch apparaat;
2) de fysieke aktiviteiten voor bejaarden;
3) de club van ouderen van Charonne (Paris XX^{e}).

Laatste initiatief van het « Comité d'études des problèmes du 3^{e} âge » : de oprichting mogelijk maken van een « *Centre d'éducation à la retraite* ». Er wordt steeds meer aangenomen dat er voor elkeen een werkelijk belang bestaat om de verandering in het leven, dat het op rust gaan met zich brengt, goed voor te bereiden. In werkelijkheid is het een nieuw leven dat zich zal aanbieden met zijn problemen, die men moet leren overwinnen, maar ook, en vooral, met een groot aantal mogelijkheden om meer zichzelf te zijn en zo het levensgeluk te bereiken. De ondervinding leert ons dat niets waardevols verwezenlijkt wordt zonder inspanning.

Het personeel van de Commissie van Openbare Onderstand heeft de problemen van de ouderdom en van het op rust gaan tot de zijne gemaakt en heeft, onder andere geleerd door de aan gang zijnde experimenten te Grenoble op dat gebied, zich ingespannen om van dit « Centre d'éducation à la retraite » een levend iets te maken door het op te vatten als een feitelijk genootschap dat er zich op toelegt te handelen op regionaal vlak. Zijn doel : doen nadenken in groep onder leiding van een specialist voor de onderscheiden problemen die de toestand van gepensionneerde met zich brengt.

Een eerste reeks zittingen werd georganiseerd in 1971. Drie-en-twintig leergierige toehoorders schreven in en namen deel aan de 6 volgende gesprekken :

— Benadering van de algemene problemen van de op de rust stelling.
— De inkomsten en de arbeidsmogelijkheden van de gepensionneerde.
— De gezondheid op de pensioenleeftijd.
— De behuizing en de familiale betrekkingen van de gepensionneerde.
— De juridische problemen.
— Het sociale leven van de gepensionneerde, zijn vrijetijdsbesteding, zijn kultuur.

Een zevende onderhoud met auto-kritische inslag werd georganiseerd : hierin kwam de tevredenheid tot uiting van de deelnemers, een uitgesproken waardering voor de manier waarop de gesprekken gevoerd werden en voor de ontspannen sfeer waarin zij plaats hadden, het belang om de aktie van het « Centre d'éducation » uit te breiden tot de streek.

Sinds deze positieve ervaring, werden een tweede en een derde reeks zittingen georganiseerd. De laatste reeks begon in april 1972. Het « Centre d'éducation à la retraite » is een privaat initiatief, maar kreeg de goedkeuring en de financiële steun van de « Centres de loisirs pour personnes âgées », van het gemeentebestuur van Farciennes en van de deelnemers aan de studiekringen.

DE DIENST VOOR HULP AAN BEJAARDEN.

De « Service d'aide aux personnes âgées » is een geheel dat verschillende gespecialiseerde diensten omvat die op verschillende tijdstippen door de Commissie van Openbare Onderstand opgericht werden en wiens aktie, op eigen vlak, vandaag gecoördineerd wordt door de Commissie, ten behoeve van alle personen op rust, zonder onderscheid van hun inkomsten en in de optiek van een realistische politiek voor hulp aan huis.

De hoofdzetel van de diensten bevindt zich in het Sociaal Centrum van het Kasteel

Challe, rue J. Bolle, 61, te Farciennes. Een tweede centrum, gelegen in een uithoek van de gemeente, rue du Weinage, 112, biedt dezelfde mogelijkheden voor hulpverlening. Deze gaan uit van volgende diensten :

A.U.B. Bejaarden.

Elke morgen van 8 tot 12 uur beantwoorden sociale assistenten de telefonische oproepen. Deze oproepen komen van verschillende middens en hebben betrekking hetzij op de bestaande diensten, hetzij op verzoeken om inlichtingen.

Bestendige sociale diensten.

Sinds januari 1971, ontvangen sociale assistenten op vastgestelde dag en uur, in beide centra, de bejaarden die een oplossing zoeken voor problemen van sociale, juridische of financiële aard.

Gezondheidsdienst.

Sinds 1955 staan verpleegsters ter beschikking van de bevolking en in het bijzonder van de bejaarden om verzorging ten huize te verstrekken, dit in samenwerking met twee gemeentelijke dispensaria.

Raadpleging pedicure.

Sinds januari 1970, verleent een gediplomeerde pedicure zorgen aan de ouderen, aan sociale prijzen, hetzij op afspraak in een centrum, hetzij thuis.

Dienst voor hulpverlening aan de families.

Opgericht in 1955 en sindsdien uitgebreid, beschikt deze dienst op het ogenblik over 15 gediplomeerde sociale helpsters die hun diensten verlenen ten huize van de zieke bejaarde of gehandikapte, aan de voorwaarden vastgesteld door het Ministerie van het Gezin.

Dienst van aan huis bestelde maaltijden.

Alvorens deze dienst op te richten heeft men geijverd om de voorwaarden die tot het welslagen van deze dienst zouden bijdragen te verenigen. Aan het op punt stellen van het materiaal voor vervoer en aflevering van de eetmalen die op een optimum temperatuur gehouden worden, de studie en de inrichting van de keukens, de vorming van het nodige personeel, hebben de verantwoordelijke van de Commissie van Openbare Onderstand alle aandacht gewijd; zij zijn erin geslaagd de dienst effektief te doen starten in januari 1970. Het werd zeer vlug een succes.

De warme maaltijden, bevat in containers, worden ten huize van zieke ouderen en gehandikapten afgeleverd tussen 11 uur en 12 u 30. Het vervoer wordt verzekerd door twee bestelwagens, begeleid door familiale helpsters die hun « klanten » goed kennen. De gerechten zijn zeer afgewisseld, de dienst houdt rekening met de persoonlijke smaken en eerbiedigt de voorgeschreven diëten. Vijfen-zeventig tot tachtig maaltijden worden dagelijks geleverd, aan prijzen waarbij rekening wordt gehouden met de inkomsten van de begunstigden.

Restauratie-lokalen voor ouderen.

In september 1970, heeft de Commissie van Openbare Onderstand twee restaurants geopend voor gepensionneerden, één in het Sociaal Centrum van het Kasteel Challe waar reeds een vitale groep ouderen samenkwam, het andere in het Sociaal Centrum van Weinage. Er worden middagmalen opgediend die steeds gewaardeerd worden, in aangename lokalen waar al vlug een vriendschappelijke en vrolijke sfeer geschapen wordt. De restaurants zijn 5 dagen per week geopend; 80 tot 85 maaltijden worden dagelijks opgediend aan prijzen die gaan van 20 tot 50 frank waarbij op bescheiden wijze rekening gehouden wordt met de inkomsten van elke belanghebbende en waarbij eveneens rekening gehouden wordt met de voorgeschreven diëten.

Centra voor vrijetijdsbesteding van de bejaarden.

De lijst van de aktieve diensten te Farciennes is slechts volledig na vermelding van de centra voor vrijetijdsbesteding voor bejaarden, één opgericht in het Kasteel Challe sinds september 1968, een tweede geopend rue du Weinage in september 1970. Alle gepension-

neerden die in hun eigen thuis leven, alleenstaand of niet, worden er aanvaard, zodra zij de leeftijd bereiken van 55 jaar voor de dames en 60 jaar voor de heren. De centra hebben hun eigen beheer, ook financieel, steunend op de rechtstreekse verantwoordelijkheid van de leden. Deze centra staan dus onder zelfbestuur. Ongetwijfeld is dit één van de bijzonderste redenen van hun vitaliteit.

Onder raadsbevoegdheid van onder andere drie sociale assistenten van de C.O.O. en geholpen door één of ander belangloos gespecialiseerd liefhebber, worden de centra voor vrijetijdsbesteding aangemoedigd om het persoonlijk talent en de handigheid van hun leden maximaal te benutten, ten bate van gemeenschappelijke aktiviteiten met zoveel mogelijk afwisseling, die dikwijls de gelegenheid bieden om buiten de eigen kring te treden. Zodoende blijven deze bejaarden veel gemakkelijker geïntegreerd in de andere leeftijdskategorieën, terwijl zij hun persoonlijkheid kunnen doen gelden. Deze centra stellen de meest geschikte afwisselende aktiviteiten voor :

— kulturele aktiviteiten (koorzang, bibliotheek, dia-projekties, films, spreekbeurten, toneel- en andere opvoeringen);
— aktiviteiten ter ontspanning (spelen, feesten, samenzang, reizen);
— fysische aktiviteiten (lichaamsmobilisatie in groep, zwemmen);
— handwerk (kunsthandwerk, vlechtwerk, collages, dames-handwerk.

Wij hebben het knutselatelier voor de heren in werking gezien, goed uitgerust, in de kelders van het Kasteel Challe en waar ouderen ons de verscheidenheid en de kwaliteit van hun werken getoond hebben, gelukkig en fier over hun realisaties.

Het beheer van de centra voor vrijetijdsbesteding wordt waargenomen door een komitee bestaande uit 14 leden die tot deze centra behoren en aangesteld worden door de jaarlijkse algemene vergadering, 2 afgevaardigden en de sekretaresse van de C.O.O. evenals de 3 sociale assistenten van de sociale dienst. Dit komitee verzekert de opstelling van de aktiviteitenprogramma's, de ontvangsten en de uitgaven, de informatie en al hetgeen een beheer inhoudt dat praktisch en geordend wil zijn.

BRAVO EN DANK !

De beknopte opsomming van de diensten die te Farciennes gecreëerd werden en hun hoger aangehaalde redenen van bestaan kunnen onmogelijk juist de draagwijdte weergeven van de rol die zij spelen, evenmin als de doeltreffendheid van hun akties met zulke grote verscheidenheid. Men dient er zich ter plaatse van te vergewissen, in de realiteit van het alledaagse leven; men dient in kontakt te treden met de ouderen in kwestie, men moet het uitgebreide personeel aan het werk zien wiens bevoegdheid, toewijding, geest van samenhorigheid, een totaal ter beschikking staan, aan de aktiviteiten en de relaties die eruit voortspruiten een sfeer verlenen van hartelijkheid, van wederzijds vertrouwen en van vriendschappelijke samenwerking. Er is een uitstraling van vreugde door de aanbrengst van elkeen en de uitwisseling die hiervan het gevolg is. Men vindt er entoesiasme, zelfbevestiging en het gevoel dat de onderlinge hulp en de gezonde wedijver stimulerend werken. Er is daar, door allen en voor elkeen een vitale menselijke warmte.

Wij hadden hiervan reeds een eerste indruk bij het beluisteren van de uitleg die ons verstrekt werd door Mevrouw Piccolotto-Steinier, de dynamische bezielster van dit sociaal werk, die handelde over de omstandigheden die de gemeentelijke overheid en de Commissie van Openbare Onderstand ertoe gebracht hadden samen te werken en de initiatieven te nemen die de gemeente de diensten geschonken hebben die wij hierboven beschreven hebben. In 1968 waren 8 personen tewerkgesteld in de eerst opgerichte diensten, de diensten die op dit ogenblik werkzaam zijn tellen er 30. Dit personeel, dat aangegrepen werd door de verscheidenheid van de functies, door de draagwijdte van zijn inspanningen en aangemoedigd door de zorg voor doeltreffendheid, heeft zichzelf

tot taak gesteld om één of andere gespecialiseerde vorming te voegen bij de eigen kwalificaties om met nóg meer zekerheid te beantwoorden aan de onderscheiden behoeften van de bejaarden, behoeften waaraan beantwoord wordt in één of andere van de ter beschikking gestelde diensten.

Wij zijn gelukkig te mogen getuigen dat deze verwezenlijkingen, soms informatief, soms rekreatief of opvoedend, stimulerend werken, de levenswil opwekken, aktieve deelname bevorderen en als een vernieuwing brengen van de levenslust. Het bezoek aan de twee sociale centra en de verschillende diensten die er zetelen, de gedachtenwisselingen met de verschillende personeelsleden en met de groepen ouderen die wij ontmoet hebben, hebben ons overtuigd. De aan gang zijnde werken die wij gadegeslagen hebben, de zangen waaraan wij deelgenomen hebben, andere, meer persoonlijke aktiviteiten, alles bevestigde de hoge waarde van de inspanningen die gedaan werden om de betreffende personen ertoe aan te sporen zichzelf te behelpen en mekaar onderling behulpzaam te zijn.

Onafhankelijk van deze aanpak die een groot deel van de gepensionneerden bereikt, dank zij groepswerk waar de onderscheiden personeelsleden elkaar ontmoeten, waar de opzoekingsgeest aktief blijft en de wil tot samenwerking steeds tegenwoordig is, zoekt de Commissie van Openbare Onderstand belangeloze medewerking om de eenzaamheid van bejaarde zieken of gehandikapten die op zichzelf aangewezen zijn, te verzachten. In dezelfde gedachtengang bestudeert ze op dit ogenblik een ontwerp voor oprichting van een « Centre de jour pour personnes âgées ».

Dit dagcentrum zou tegelijk lokalen omvatten voor kulturele en artisanale bedrijvigheden, een bibliotheek, een turnzaal, een restaurant, dispensaria voor geneeskundige en andere hulp, een infirmerie. Als tussenoplossing tussen het daghospitaal dat vooral bestemd is voor geneeskundige tussenkomst en het rusthuis dat zolang mogelijk moet vermeden worden, zou dit centrum helpen om de bejaarden die problemen hebben waardoor hun de bedreiging van een plaatsing in een rusthuis boven het hoofd hangt, in de mogelijkheid te stellen zolang mogelijk thuis te blijven, in hun vertrouwde familale en sociale omgeving. De bejaarden die in mindere mate in moeilijkheden verkeren zouden er eveneens een goede ontvangst vinden evenals goed gezelschap, de gelegenheid om zich te ontspannen en te ontwikkelen, de mogelijkheid om er een maaltijd te gebruiken en, ingeval zulks nodig zou zijn, zorgen te ontvangen aangepast aan hun toestand.

Samen met onze zegsvrouw wier beschrijving van het ontwerp voor oprichting van dergelijk dagcentrum wij hier samenvatten, zijn wij van mening dat de ouderen die het zouden bezoeken, er het « gewenste gevoel van veiligheid » zouden vinden door het onthaal van elke dag, de ontmoeting met een geschikt en toegewijd personeel, de verstrekte zorgen en de geboden aktiviteiten. Men zou echter over de middelen moeten beschikken om dit ontwerp ten uitvoer te brengen; voor de plaatselijke autoriteiten betekent zulks een zeer zware financiële last die hoogstnodig door de Staat zou moeten gedeeld worden. Maar onze wetgeving betreffende de subsidies op het vlak van hospitalisatie voorziet nog geen steun in de gewenste richting.

Het is wenselijk dat kortelings door de Staat kredieten zouden worden ter beschikking gesteld die een dergelijke verwezenlijking zouden mogelijk maken. Intussen dient bekendheid te worden geschonken aan het mooie voorbeeld dat door Farciennes gegeven wordt in de hulp aan bejaarden en het is te hopen dat ontelbare gemeenten en hun C.O.O. in een realistische geest deze weg zullen opgaan. Dat ze zich tot taak stellen om, te dien einde, sociale werksters in te zetten die de kwaliteiten in zich verenigen die kunnen vergeleken worden met deze die zo doelmatig door Mevr. Piccolotto-Steinier aangemoedigd worden, namelijk intelligentie en hartelijkheid, en die in staat zijn deze kwaliteiten rijkelijk te nutte te maken.

INHOUDSOPGAVE :

J. NIHON : *Inleiding* 1

J. NIHON : *Het onthaal in de ziekenhuizen* 5

R. NOEL : *De integratie van psychogeriatrische diensten in de planning van medico-sociale bejaardenzorg* 11

J. CLERENS : *Internationaal Congres voor Gerontopsychiatrie (september 1972)* ... 29

M. ASIEL : *Organisatie van voorlichtingscentra voor bejaarde personen* 33

J. SELVAIS : *Problemen in verband met de wetgeving op de rustoorden voor bejaarden* 39

J. NIHON : *Hulp verstrekt aan bejaarden te Farciennes : een na te volgen voorbeeld* 71

B

IMPRIMERIE MEDICALE
ET SCIENTIFIQUE (S. A.)
Rue de l'Orient, 67
1040 BRUXELLES
Tél. : 47.38.99

Directeur : P. Brizec
306, Avenue de Tervueren
1150 BRUXELLES